



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, IVF bij hoog-technologisch draagmoederschap
Zaaknummer : 201600908
Zittingsdatum : 2 november 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen



Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, 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 grond van de verzekering Basis Exclusief (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van invitrofertilisatie (IVF) bij hoog-technologisch draagmoederschap (hierna: HTDM), uit te voeren in het Chirec ziekenhuis te Brussel, België (verder: de aanspraak). Onder meer bij brief van 4 februari 2016 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 17 maart 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



3.3. Bij brief van 13 april 2016 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).



3.4. 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.



3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 juli 2016 aan verzoekster gezonden.



3.6. Verzoekster heeft op 23 oktober 2016 gereageerd op het onder 3.5 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 juli 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 14 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 8 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 8 augustus 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016091013) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat IVF bij de indicatie van verzoekster geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 11 oktober 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 2 november 2016 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld antwoord te geven op de vraag of met het VuMC ter zake van de vergoeding van HTDM afspraken zijn gemaakt. Bij brief van 18 november 2016 heeft de zorgverzekeraar zijn reactie aan de commissie gestuurd. Een afschrift van deze brief is aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 22 november 2016 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift dit e-mailbericht is op 29 november 2016 ter kennisname aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 3.11. Bij brief van 29 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 15 december 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend gynaecoloog in Nederland heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *"Bovengenoemde patiënt is op 14 september 2015 bevallen in de eerste lijn poliklinisch bij een AD van 40 weken en 3 dagen van dochter [naam dochter], geboortegewicht 3320 gram: de bevalling werd gecompliceerd door een massale fluxus van 18 liter. Op 15 september is een post partum uterusexstirpatie verricht. Gezien bovenstaande situatie is er een medische indicatie voor IVF. De in vitro verkregen vrucht zal bij een draagmoeder worden teruggeplaatst. De behandeling zal plaatsvinden in Brussel".*
- 4.2. In aanvulling hierop stelt verzoekster dat zij na een zware en ingrijpende bevalling in september 2015 haar baarmoeder is verloren. Negen maanden later heeft een vriendin van verzoekster aangeboden om via HTDM als draagmoeder te fungeren. Sindsdien heeft verzoekster verschillende keren contact gehad met dr. Schats (hoofd voortplantingsgeneeskundige en coördinator van het HTDM-programma bij het VuMC). Uit deze contacten is het verzoekster gebleken dat het VuMC eigen richtlijnen heeft opgesteld waaraan wensouders en de draagmoeder moeten voldoen willen zij worden toegelaten tot het HTDM-traject. Deze richtlijnen hebben geen wettelijke kaders en er kan dus van worden afgeweken. In de richtlijnen is onder meer opgenomen dat de draagmoeder bij voorkeur een voltooid gezin dient te hebben. De draagmoeder is nooit zwanger geweest en heeft zelf geen kindwens. Uiteindelijk heeft het VuMC besloten dat niet is voldaan aan de voorwaarden, waarbij is aangetekend dat bij een draagmoeder die nog nooit zwanger is geweest de kans op complicaties groter is. Aangezien het Chirec ziekenhuis in Brussel andere criteria hanteert dan het VuMC, zijn verzoekster en de draagmoeder voor behandeling uitgeweken naar België.

-  4.3. De zorgverzekeraar wijst vergoeding van de kosten af en verwijst daarbij onder meer naar een standpunt van het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (hierna: CVZ), thans het Zorginstituut. Nog daargelaten dat het standpunt dateert uit 2006, stelt verzoekster dat het enige ziekenhuis in Nederland dat HTDM als behandeling aanbiedt, namelijk het VuMC, dit standpunt niet volgt. Uit een e-mailbericht van dr. Schats van 23 februari 2016 blijkt namelijk duidelijk dat het VuMC de HTDM-behandeling van wensouders als IVF-behandeling bij de zorgverzekeraar mag declareren. Dit op basis van mondelinge afspraken tussen het VuMC en de zorgverzekeraar.
-  4.4. Gelet op de handelwijze van het VuMC en voornoemd e-mailbericht, vindt verzoekster het vreemd dat de zorgverzekeraar de onderhavige aanvraag blijft afwijzen. Daar komt bij dat verzoekster bekend is met een situatie van wensouders die eenzelfde behandeling in het buitenland wensten te ondergaan, waarbij de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar wél tot een (gedeeltelijke) vergoeding is overgegaan.
-  4.5. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Ter aanvulling heeft zij aangevoerd dat het standpunt van het Zorginstituut uit 2006 niet meer actueel is en dient te worden bijgesteld. Daarnaast wenst verzoekster te benadrukken dat dr. Schats van het VuMC heeft verklaard dat tussen de zorgverzekeraar en het VuMC mondelinge afspraken zijn gemaakt over de vergoeding van HTDM.
-  4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
-  5.1. Verzoekster maakt aanspraak op vergoeding van de kosten van IVF bij HTDM, uit te voeren in België. De zorgverzekeraar heeft de kwestie besproken met zijn medisch adviseur. Deze stelt dat volgens de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) van 18 januari 1999 - waarvan de geldigheidstermijn inmiddels is verstreken - uterusextirpatie als gevolg van (extreme) fluxus postpartum een medische indicatie is voor HTDM. Niet gebleken is dat de richtlijn van de NVOG is vernieuwd. Evenmin zijn er berichten die genoemde richtlijn als niet langer hanteerbaar duiden.
-  5.2. In 2006 heeft het toenmalige CVZ een standpunt gepubliceerd dat IVF bij HTDM geen verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering is. Kern van het betoog is dat de wensmoeder geen (verzekerings)indicatie heeft voor een IVF-behandeling. Gelet op dit standpunt meent de zorgverzekeraar dat de door verzoekster aangevraagde behandeling geen verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering vormt.
-  5.3. Verzoekster stelt ten onrechte dat tussen de zorgverzekeraar en het VuMC mondelinge afspraken in afwijking van het standpunt van het CVZ zijn gemaakt. Zorg die niet tot de verzekerde prestaties behoort wordt door de zorgverzekeraar namelijk niet gecontracteerd.
-  5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald.
-  5.5. Bij brief van 18 november 2016 heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat hij met het VuMC ten aanzien van HTDM geen nadere afspraken heeft gemaakt. De afspraken met het VuMC bestaan eruit dat deze instelling jaarlijks een vast bedrag (een aanneemsom) ontvangt waaruit alle verzekerde zorg dient te worden betaald. Verder licht de zorgverzekeraar toe dat hij geen controles uitvoert ten aanzien de rechtmatigheid van de declaraties.
-  5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil 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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 31 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op IVF en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"31.1 IVF

Wilt u een IVF-behandeling? En bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u per te realiseren doorgaande zwangerschap recht op de eerste, tweede en derde poging, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Wat wordt verstaan onder een IVF-poging tot zwangerschap

Een IVF-poging tot zwangerschap bestaat uit maximaal het opeenvolgend doorlopen van de volgende fasen:

- a rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;*
 - b het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);*
 - c eicelbevruchting en opkweken van embryo's in het laboratorium;*
 - d terugplaatsing van 1 of 2 ontstane embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te laten ontstaan. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan mag bij de eerste en tweede poging maar 1 embryo worden teruggeplaatst.*
- (...)"*

- 8.4. Artikel 15.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"15.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- a zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;*
- b vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;*
- c Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:*
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;*

- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent."

- 8.5. De artikelen 2.4 en 15.1 van de 'Algemene voorwaarden' en artikel 31 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.7. 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 zorgverzekeraar 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.
- 8.8. 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. Verzoekster maakt aanspraak op zorg in een andere EU-lidstaat, namelijk België. Er is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de zorgverzekeraar om toestemming gevraagd. De zorgverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, zodat noch op grond van de verordening noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Ten aanzien van deze afwijzing overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 8 augustus 2016 verwezen naar een standpunt van het toenmalige CVZ van 20 november 2006. Het CVZ oordeelde destijds dat in het kader van HTDM de kosten van de eiceldonatie en van de IVF-behandeling met eiceldonatie, zowel voor de wensmoeder als voor de draagmoeder niet ten laste van de basisverzekering mogen worden gebracht. De *wensmoeder* heeft in medisch opzicht geen (verzekerings)indicatie voor een IVF-behandeling, aangezien HTDM alleen wordt toegepast als zwangerschap vanwege een medische beperking niet te realiseren is. Voorts geldt voor de *draagmoeder* het vereiste dat zij eerder zwanger is geweest en een volgende zwangerschap goed kan doorstaan. Doorgaans zal dus ook de draagmoeder geen medische indicatie hebben voor een IVF-behandeling, aldus het CVZ. Uit het advies van 8 augustus 2016 blijkt dat dit standpunt sindsdien niet is gewijzigd.
- 9.3. In het onderhavige geval staat vast dat verzoekster - als wensmoeder - niet (meer) op natuurlijke wijze zwanger kan worden. Aangezien een IVF-behandeling bij haar om die reden geen resultaat zal hebben, heeft zij voor deze behandeling geen (verzekerings)indicatie. Waar het de draagmoeder betreft geldt, blijkens voornoemd standpunt van het CVZ, de eis dat zij eerder zwanger moet zijn geweest. Vast staat dat de beoogde draagmoeder niet aan deze - ook in het VuMC gestelde - eis voldoet. Zou zij hier overigens wel aan voldoen, dan merkt de commissie op dat niet is gebleken van een reden dat zij niet op natuurlijke wijze zwanger kan worden, zodat ook bij haar een (verzekerings)indicatie voor een IVF-behandeling ontbreekt.
- 9.4. Verzoekster heeft, onder verwijzing naar een e-mailbericht van dr. Schats van het VuMC van 23 februari 2016, gesteld dat het VuMC met de zorgverzekeraar - in afwijking van voornoemd CVZ-standpunt - mondelinge afspraken heeft gemaakt over het declareren van de kosten van IVF bij HTDM. Afsproken zou zijn dat indien een dergelijke behandeling wordt uitgevoerd, het VuMC de kosten van een IVF-behandeling mag declareren. De zorgverzekeraar heeft deze stelling van verzoekster gemotiveerd bestreden. Zodoende is het aan verzoekster aanvullend bewijs te leveren dat tussen het VuMC en de zorgverzekeraar afspraken, zoals door haar gesteld, zijn gemaakt. Aangezien verzoekster niet in dit bewijs is geslaagd, is door haar niet aannemelijk gemaakt dat tussen het VuMC en de zorgverzekeraar afwijkende afspraken zijn gemaakt. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 december 2016,

P.J.J. Vonk