

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, tegen C en E beide te D  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, IVF met eiceldonatie, leeftijd  
wensmoeder, doelmatigheidscriterium  
Zaaknummer : 2009.01642  
Zittingsdatum : 9 juni 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 10 april 2009 het verzoek om vergoeding van een IVF-behandeling (In Vitro Fertilisatie) met eiceldonatie in Spanje af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering); een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Polis 2 sterren, Beter Af Tandarts Polis 2 sterren en Extra Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde en blijft daarom verder onbesproken. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een IVF-behandeling met eiceldonatie in Spanje ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 13 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Verzoekster heeft hierop de ziektekostenverzekeraar nogmaals om heroverweging gevraagd. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar daarbij verzocht een aantal van diens standpunten nader te onderbouwen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 10 juni 2009 medegedeeld niet op de beslissing terug te komen.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.6. Bij brief van 4 september 2009 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).
- 3.7. 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 stukken gevoegd.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 november 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 december 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 december 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 24 november 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 25 mei 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 29128835) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een indicatie voor IVF met behulp van eiceldonatie. Bij verzoekster is gezien het bereiken van de leeftijd van 49 jaar geen sprake meer van gebrekkig functioneren van een orgaan of van een aandoening, maar van een natuurlijk proces van verminderde vruchtbaarheid. Een afschrift van het CVZ-advies is op 27 mei 2010 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster is op 9 juni 2010 in persoon gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 22 juni 2010 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 24 juni 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
  - 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de ziektekostenverzekeraar tegenstrijdige, onduidelijke en onjuiste informatie heeft verstrekt. Zij heeft in januari 2009 telefonisch aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd waaraan het in de polis vermelde doelmatigheids criterium moet voldoen. De medewerker kon hierop echter geen antwoord geven en heeft verzoekster verwezen naar haar gynaecoloog. De gynaecoloog was echter van mening dat voor onderzoek op dit punt doelmatigheid een wijds begrip is. Verzoekster heeft daarop wederom contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster is hierop teruggebeld door een medewerker van de afdeling buitenland. Deze medewerker heeft verzoekster verteld dat er een speciaal formulier is voor het aanvragen van de onderhavige behandeling.

Dit formulier is naar verzoekster gestuurd. Verzoekster veronderstelde dat het invullen van voornoemd formulier gelijk stond aan het beantwoorden van de doelmatigheidsvraag en was verbaasd dat zij hierover niet eerder was geïnformeerd. Verzoekster heeft het formulier direct doorgestuurd naar haar Spaanse arts en het door hem laten invullen. Daarna heeft zij het formulier geretourneerd aan de ziektekostenverzekeraar. Hierop is het verzoek afgewezen, omdat niet zou zijn voldaan aan het doelmatigheidscriterium. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster echter – ondanks meerdere verzoeken – nooit duidelijkheid verschaft over wat dit criterium inhoudt.

4.2. Op 1 mei 2009 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden. Verzoekster was toen 49 jaar.

4.3. Verzoekster is van mening dat het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde criterium voor doelmatigheid van IVF, dat een vrouw na haar 45<sup>e</sup> jaar voor een IVF-behandeling in aanmerking komt, mits zij voldoende eicellen beschikbaar heeft, die vrij kunnen komen na hormoonbehandeling, niets te maken heeft met de doelmatigheid voor eiceldonatie. Een vrouw die nog voldoende eicellen beschikbaar heeft, zal volgens verzoekster niet opteren voor een eiceldonatie. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoekster aan de hand van het formele criterium de doelmatigheid van de door haar gewenste behandeling niet kan aantonen, omdat zij heeft gekozen voor IVF-behandeling met eiceldonatie. Verzoekster is van mening dat dit tegenstrijdig is met de opmerking “het is voor het vaststellen van de doelmatigheid niet relevant of de IVF-behandeling met of zonder eiceldonatie plaatsvindt”. Verzoekster benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar haar te lang, ten onrechte, in de waan heeft gelaten dat de behandeling voor vergoeding in aanmerking zou kunnen komen en haar vergeefse moeite heeft laten doen. Verzoekster merkt verder nog op dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar haar telefonisch heeft gezegd: “wij vergoeden niet boven de 45 jaar, tenzij wij hiertoe gedwongen worden.”

4.4. Ter zitting heeft verzoekster vertelt hoe een en ander is verlopen. Verzoekster heeft benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar haar slecht heeft geïnformeerd en haar lange tijd in onzekerheid heeft gelaten. Hierdoor is zij zeer gestrest geraakt, hetgeen een ongunstige invloed heeft gehad op de IVF-behandeling.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat na de 40-jarige leeftijd de doelmatigheid van de IVF-behandeling aangetoond dient te worden. Als de vrouw ouder is dan 45 jaar, dient zij zelf de kosten van het onderzoek tot vaststelling van de doelmatigheid te betalen. Als de doelmatigheid van de behandeling is vastgesteld, heeft de verzekerde aanspraak op de behandeling en het doelmatigheidsonderzoek. Het formele criterium om de doelmatigheid van een IVF-behandeling vast te stellen, is een reactie van de ovaria op hormonale prikkelingen. IVF wordt als doelmatig beoordeeld als de vrouw zelf voldoende geschikte eicellen beschikbaar heeft, die vrij kunnen komen na hormoonbehandeling. Het is voor het vaststellen van de doelmatigheid niet relevant of de IVF-behandeling met of zonder eiceldonatie plaatsvindt. De ziektekostenverzekeraar beschikt niet over van een onderzoek waaruit blijkt dat IVF-behandeling voor verzoekster doelmatig is. Verzoekster

heeft gekozen voor een IVF-behandeling met eiceldonatie, zij kan daardoor aan de hand van het formele criterium de doelmatigheid van haar behandeling niet aantonen.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar deelt mede dat de aanspraak op IVF is opgenomen in artikel 15 van de polisvoorwaarden. De bepalingen van dit artikel zijn gebaseerd op de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) inzake IVF.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat op 16 januari 2009, naar aanleiding van vragen van verzoekster inzake het doelmatigheidsonderzoek, door een medewerker telefonisch is medegedeeld dat de beoordeling bij de behandelend specialist ligt, maar dat het raadzaam is dat de zorgverlener contact opneemt met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar is echter niet gebleken dat dit is gebeurd. Daarnaast gaat de ziektekostenverzekeraar ervan uit dat de behandelend arts op de hoogte is van de inhoud van de richtlijnen van de NVOG inzake IVF.
- 5.4. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar haar telefonisch heeft gezegd: "wij vergoeden niet boven de 45 jaar, tenzij wij hiertoe gedwongen worden", merkt de ziektekostenverzekeraar het volgende op. De medisch adviseur heeft desgevraagd verklaard dat hij verzoekster kenbaar heeft gemaakt de richtlijnen van de NVOG te volgen mits onomstotelijk zou worden vastgesteld dat zij recht heeft op vergoeding van de betreffende kosten.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

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

## 7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is de afwijzing van het verzoek tot vergoeding van een IVF-behandeling met eiceldonatie in Spanje ten laste van de zorgverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Het betreft hier 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 1 e.v. van de aanspraken zorgverzekering.

In de artikelen 1 tot en met 7 van de aanspraken van de zorgverzekering is de aanspraak op geneeskundige zorg opgenomen.

Artikel 15 van de aanspraken van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op IVF en andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*"U heeft aanspraak op de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.*

(...)

Voorwaarden

(...)

■ Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een eiceldonatie-behandeling worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. Er bestaat geen aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg ten behoeve van de donor.

■ Bij de vrouwelijke verzekerde wordt IVF tot en met 40 jaar vergoed. Na de 40 jarige leeftijd en voor de 45 jarige leeftijd komt IVF voor vergoeding in aanmerking, mits de doelmatigheid van de behandeling in de individuele situatie is beoordeeld en is vastgesteld. Vanaf 45 jaar dient de verzekerde zelf het onderzoek tot vaststelling van de doelmatigheid te betalen. Als de doelmatigheid van de behandeling wordt vastgesteld, heeft de verzekerde aanspraak op behandeling en het doelmatigheidsonderzoek. (...).”

In artikel 2.5 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat slechts aanspraak bestaat op zorg voor zover de verzekerde daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.2. Artikel 15 van de aanspraken van de zorgverzekering en artikel 2.5 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.3. 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv. Artikel 2.1., derde lid, Bzv bepaalt dat de verzekerde slechts recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de IVF-behandeling een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering vormt en dat een eiceldonatiebehandeling wordt gelijkgesteld aan een IVF-behandeling. Dit kan daarom verder onbesproken blijven. Rest de vraag of verzoekster een indicatie heeft voor deze behandeling en of deze doelmatig is.
- 9.2. Op grond van artikel 15 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op IVF-behandeling bij vrouwelijke verzekerden tot en met 40 jaar. Voor verzekerden na de 40-jarige leeftijd bestaat volgens de verzekeringsvoorwaarden alleen aanspraak indien de doelmatigheid van de behandeling in de individuele situatie is aangetoond. Verzoekster was ten tijde van de aanvraag 49 jaar oud. Daarom heeft zij op grond van de polisvoorwaarden niet zonder meer aanspraak op een IVF-behandeling met eiceldonatie, maar zal allereerst de indicatie en vervolgens de doelmatigheid moeten worden beoordeeld.

## **Indicatie**

- 9.3. Het CVZ heeft in zijn advies van 25 mei 2010 medegedeeld dat bij vrouwen die de overgangleeftijd 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. Gezien het voorgaande en de leeftijd van verzoekster, te weten 49 jaar ten tijde van de aanvraag, concludeert het CVZ dat in casu geen sprake is van een indicatie voor IVF met eiceldonatie. Deze conclusie neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare.

## **Doelmatigheid**

- 9.4. In artikel 2.5 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is ten algemene opgenomen dat een verzekerde redelijkerwijs aangewezen dient te zijn op de zorg. De ziektekostenverzekeraar hanteert als criterium voor de aanspraak op een IVF-behandeling voor een vrouw na het bereiken van de 41-jarige leeftijd, dat zij voldoende eicellen beschikbaar heeft, die vrij kunnen komen na hormoonbehandeling. Voor IVF met eiceldonatie wordt hetzelfde doelmatigheidscriterium gehanteerd. Het CVZ heeft in zijn advies van 25 mei 2010 geconcludeerd dat deze wijze van beoordeling door de ziektekostenverzekeraar niet correct is. Nu hier sprake is van eiceldonatie is het stellen van de voorwaarde dat de doelmatigheid van de IVF moet worden aangetoond medisch gezien niet zinvol. Deze conclusie neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare. Een en ander leidt evenwel niet tot een toewijzing van gevraagde behandeling, aangezien hiervoor reeds is geconcludeerd dat verzoekster geen indicatie heeft voor de behandeling.

## **Informatieverstrekking**

- 9.5. Ten aanzien van de gang van zaken rond de aanvraag en de informatieverstrekking door de ziektekostenverzekeraar meent de commissie dat de ziektekostenverzekeraar in deze niet heeft gehandeld zoals van een zorgvuldig handelend ziektekostenverzekeraar in een geval als het onderhavige mag worden verwacht. Hoewel de ziektekostenverzekeraar verzoekster in een eerder stadium had moeten berichten wat het door hem gehanteerde doelmatigheidscriterium inhoudt en hij zich, gelet op de argumenten van verzoekster, bovendien bewust had moeten zijn van de onjuistheid van zijn standpunt, is deze onzorgvuldigheid niet van dien aard dat dit zou moeten leiden tot een toewijzing van de gevraagde behandeling.
- 9.6. Gesteld noch gebleken is dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster een toezegging heeft gedaan dat de kosten van de onderhavige behandeling zouden worden vergoed. Dat de informatieverstrekking door de ziektekostenverzekeraar niet voldoende zorgvuldig is verlopen, maakt dat niet anders.

## **Conclusie**

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

Zeist, 7 juli 2010,

Voorzitter