

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, intra-uteriene inseminatie (IUI) na in vitro
fertilisatie (IVF)
Zaaknummer : ANO07.222
Zittingsdatum : 5 september 2007

Zaak: ANO07.222, geneeskundige zorg, buitenland, IUI na 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, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 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 29 augustus 2006 inzake het niet vergoeden van vier behandelingen intra-uteriene inseminatie (IUI), eventueel gevolgd door een behandeling in vitro fertilisatie (IVF) in het UZ te Gent (België).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 29 augustus 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de door haar gevraagde behandelingen IUI, eventueel gevolgd door een behandeling IVF in het UZ te Gent niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 16 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 30 januari 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de behandelingen IUI en eventueel de behandeling IVF 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 13 maart 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 juli 2007 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Bij brief van 17 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.8. Tevens zijn partijen bij brief van 17 juli 2007 in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 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 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 5 september 2007 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en haar standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 6 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie op 18 september 2007 van het College voor zorgverzekeringen bericht ontvangen 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 heeft in maart 2006 de leeftijd van 40 jaar bereikt. Zij kampt sinds januari 2000 met primaire subfertiliteit als gevolg van uteriene (vrouwelijke) en andrologische (mannelijke) afwijkingen. Vanaf juni 2003 is zij in het St. Elizabeth Ziekenhuis te Tilburg begonnen met behandelingen IVF, waarbij drie pogingen hebben plaatsgevonden, die geen van alle tot een zwangerschap hebben geleid. Gezien de leeftijd van verzoekster is haar (thans) behandelend medisch-specialist in het UZ te Gent van oordeel dat ovulatie-inductie met intra-uteriene inseminatie de aangewezen weg is. Vóór deze behandeling kan plaatsvinden, dienen echter de aanwezige myomata uteri (vleesbomen) verwijderd te worden, hetgeen op 30 januari 2006 in het ziekenhuis in Tilburg is geschied.
- 4.2. In april 2006 heeft verzoekster zich tot de zorgverzekeraar gewend met het verzoek in het UZ te Gent vier behandelingen IUI te mogen ondergaan, indien nodig gevolgd door een behandeling IVF dan wel ICSI, ten laste van de zorgverzekering.
- 4.3. Verzoekster kan zich niet vinden in de afwijzing. Zij stelt dat de behandelend medisch-specialist in Nederland die de eerste drie behandelingen IVF heeft uitgevoerd, de afmeting van de vleesbomen in de baarmoeder niet goed heeft ingeschat. Naar later bleek waren de behandelingen IVF niet zinvol omdat de vleesbomen te groot waren. Zij stelt dat zij niet de dupe mag worden van een medische inschattingsfout. Voorts stelt zij dat andere medici dan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar van oordeel zijn dat behandelingen IUI na drie behandelingen IVF in haar situatie wél zinvol zijn.
- 4.4. Tot slot stelt verzoekster dat zij, vóór zij zich in januari 2006 bij haar zorgverzekeraar heeft aangemeld, informatie heeft ingewonnen op een informatieavond. Toen is haar namens de zorgverzekeraar medegedeeld dat ook de kosten van behandelingen in het buitenland worden vergoed, met dien verstande dat vooraf een schriftelijk verzoek moet worden ingediend en de vergoeding gemaximeerd is tot het maximaal in Nederland gebruikelijke tarief.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt zich op basis van het oordeel van zijn medisch adviseur op het standpunt dat de behandelingen IUI na drie behandelingen IVF, die niet tot een zwangerschap hebben geleid, niet zinvol zijn. Uit onderzoek in de internationale wetenschappelijke literatuur naar Randomized Controlled Trials blijkt dat niet voldoende onderzoeksgegevens voorhanden zijn waaruit blijkt dat het verwijderen van myomen de kans op zwangerschap vergroot. De stelling van verzoekster dat de gynaecoloog die de behandelingen IVF heeft uitgevoerd, de omvang van de myomen verkeerd heeft ingeschat, wordt door het medisch dossier niet onderbouwd. Het grotere myoom werd in 2002 ontdekt en had toen dezelfde afmeting als in 2006.
- 5.2. Voorts zijn meerdere wetenschappelijke artikelen te vinden die erop wijzen dat behandelingen IUI en IVF bij vrouwen boven de 40 jaar niet doelmatig zijn. Dit is geheel conform de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, conform welke verzoekster in Nederland is behandeld.
- 5.3. In 2006 werd voor een te realiseren zwangerschap slechts de tweede en derde poging vergoed ten laste van de zorgverzekering. Daar verzoekster reeds drie pogingen heeft ondergaan, waarvan er twee zijn vergoed, komen alle volgende pogingen voor eigen rekening.
- 5.4. Wat tijdens de voorlichtingsavond namens de zorgverzekeraar is gezegd, is niet exact te achterhalen, doch het betrof in ieder geval verstrekking van algemene informatie. Datgene wat verzoekster daarover opmerkt is ten algemene juist. Dit laat echter onverlet dat verzoekster ook aan de overige voorwaarden van de zorgverzekering dient te voldoen, hetgeen in casu niet het geval is.

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.

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 natura/restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Vergoeding voor geneeskundige zorg staat

vermeld in artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor zover hier relevant wordt het volgende bepaald:

“lid 1

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch--specialisten als zorg plegen te bieden.

lid 2

(...)

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

(...)

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist, als:

a. de medisch specialistische zorg betrekking heeft op in-vitrofertilisatie; of;

(...)

verwijzing:

voor de medisch specialistische zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, (...), medisch specialist (...)

zorgverlener:

de medisch specialistische zorg wordt verleend door een ziekenhuis, medisch specialist (...)

Bij zorg in een niet-gecontracteerd ziekenhuis vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal hetgeen in het Restitutie Reglement van de zorgverzekeraar vermeld staat.

(...)

d. uitgesloten behandelingen

1. Geen aanspraak bestaat op behandelingen – daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde farmaceutische zorg – gericht op het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of meer van die embryo's in de baarmoeder van de verzekerde, met uitzondering van de tweede en derde in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap.”

Artikel 24 Buitenland, bepaalt, voor zover hier relevant, het volgende:

“lid 1

(...) In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien de zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.”

Artikel 4 van het Restitutie Reglement behorende bij de Zorg-op-maatpolis, bepaalt

voor zover hier van belang:

“4 Medisch-specialistische zorg

2. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een ziekenhuis waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis, voor zover het extramurale zorg betreft, maximaal negentig procent van het voor de betreffende zorg geldende A-tarief.”

Ten algemene wordt in artikel 2 lid 4 van de zorgverzekering het volgende bepaalt:

“De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg of diensten.”

- 7.3. De regeling van de artikelen 2, 9 en 24 van de zorgverzekering en artikel 4 van het Restitutie Reglement is volgens artikel 2.2 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 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. Artikel 13 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder. Geneeskundige zorg is naar inhoud en omvang geregeld in de artikelen 2.1 lid 2 en 2.4 lid 1 van het Bzv.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De vraag is vervolgens of behandelingen IUI na drie behandelingen IVF bij primaire subfertiliteit als gevolg van uterine en andrologische afwijkingen, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, te gelden hebben als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.7. De commissie sluit in deze aan bij de in de medische wereld gangbare benadering volgens welke het principe van “Evidence Based Medicine” leidend is. Dit is het 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 op deze wijze gevonden artikelen wordt het niveau van bewijskracht vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch 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.

- 7.8. Indien uit tenminste twee “gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken” – wetenschappelijk onderzoek 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 beroeps-
genoten.
Indien geen gerandomiseerde studies aangetroffen worden, wordt bewijs 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 betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze evidence van een lagere orde wel voldoende is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.
- 7.9. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de behandelingen IUI na drie behandelingen IVF bij primaire subfertiliteit als gevolg van uteriene en andrologische afwijkingen is door het CVZ in zijn advies van 6 augustus 2007 uitgevoerd en de conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 7.10. Op grond van de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, welke berusten op prospectieve gerandomiseerde studies, al dan niet samengevoegd in systematische overzichtsartikelen of meta-analyses, kan worden geconcludeerd dat het bij de indicaties idiopatische infertiliteit en mannelijke subfertiliteit zinvol lijkt tot zes behandelingen IUI aan IVF vooraf te laten gaan.
Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de behandelingen IUI ná drie pogingen IVF bij primaire subfertiliteit als gevolg van uteriene en andrologische afwijkingen, heeft geen resultaat opgeleverd.
Op basis van deze gegevens komt de commissie tot de conclusie dat de behandelingen IUI na drie pogingen IVF bij primaire subfertiliteit als gevolg van uteriene en andrologische afwijkingen, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, niet te gelden hebben als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en daardoor niet als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 september 2007,

Voorzitter