

Anoniem Bindend advies

Partijen	: A te B vs. C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, IVF
Zaaknummer	: ANO06.23
Zittingsdatum	: 23 augustus 2006

ANONIEM BINDEND ADVIES

Zaak: ANO06.23 (geneeskundige zorg, IVF)

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

(art. 11 Zvw, 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 d.d. 8 maart 2006 inzake het niet vergoeden van de eerste in-vitro fertilisatie (IVF)behandeling.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering). Daarnaast is door verzoekster bij de zorgverzekeraar een aanvullende verzekering gesloten.
- 3.2 Tijdens een telefonisch onderhoud op 8 maart 2006 is verzoekster van de zijde van de zorgverzekeraar medegedeeld dat met ingang van 1 januari 2006 niet opnieuw recht was ontstaan op een eerste IVF-behandeling en dat de behandeling die in 2005 had plaatsgevonden – en die door de zorgverzekeraar deels werd vergoed – in het kader van de zorgverzekering als zodanig zou worden beschouwd.
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 31 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 1 mei 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de IVF-behandelingen die plaatsvinden na 1 januari 2006 dienen te worden beschouwd als de eerste, onderscheidenlijk de tweede en volgende behandelingen en dat deze als zodanig moeten worden vergoed ten laste van de aanvullende verzekering, respectievelijk de zorgverzekering.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoek(st)er te reageren.
- 3.6 De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 14 juni 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7 Op 16 juni 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn verzoekster en de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.8 Van de mogelijkheid zich te doen horen is door zowel verzoekster als de zorgverzekeraar gebruik gemaakt. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 23 augustus 2006 telefonisch gehoord.
- 3.9 Bij brief van 4 september 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.10 Het College voor zorgverzekeringen heeft op 2 oktober 2006, op de voet van artikel 114, derde lid van de Zvw, haar advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 Verzoekster heeft eind 2005 een IVF-behandeling ondergaan. De daarmee gemoeide kosten zijn door de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar gedeeltelijk vergoed. In het kader van de overgang naar de zorgverzekering heeft verzoekster op 12 december 2005 telefonisch informatie ingewonnen bij de zorgverzekeraar. Bij die gelegenheid werd haar medegedeeld dat “poging 2 en 3 volledig vergoed worden in het basispakket en dat de 1^e poging in het aanvullende pakket vergoed wordt.” Tevens vertelde de betreffende medewerker dat “de teller voor IVF op nul zou gaan per 1 januari”. Op 4 januari 2006 heeft verzoekster zich nogmaals telefonisch in verbinding gesteld met de zorgverzekeraar. Wederom werd haar gezegd dat “de teller voor IVF op nul zou gaan” en dat “alleen zou worden doorgeteld bij hoortoestellen”. Een schriftelijke bevestiging van deze mededeling was volgens de medewerker niet nodig. Ten bewijze van haar stelling dat de beide gesprekken hebben plaatsgehad is door verzoekster een specificatie overgelegd, waaruit blijkt dat het eerste gesprek om 14.54 uur is gevoerd en het tweede om 11.35 uur.
- 4.2 Verzoekster verklaart dat zij, indien zij correcte inlichtingen had gekregen, zou hebben gekozen voor een andere zorgverzekeraar. De eerste behandeling in het jaar 2006 zou dan volledig zijn vergoed vanuit de aanvullende verzekering en daarna zou zij nog twee behandelingen ten laste van de verzekering op basis van de Zorgverzekeringswet hebben kunnen claimen.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 Onder verwijzing naar artikel 18 van de zorgverzekering licht de zorgverzekeraar toe dat een IVF-behandeling vier fasen omvat, te weten:
- rijping van eicellen door hormonale behandeling;
 - het afnemen van eicellen (punctie);
 - bevruchting van eicellen en het opkweken van embryo's in het laboratorium;
 - de terugplaatsing van een of meer embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.
- Een volledige poging kan bestaan uit het opeenvolgend doorlopen van genoemde fasen, maar ook uit de fasen b,c, en d (indien gebruik wordt gemaakt van de natuurlijke cyclus) of uitsluitend fase d (indien gebruik wordt gemaakt van een bij een eerdere behandeling verkregen gecryopreserveerd embryo).
- Op grond van de zorgverzekering komen slechts de tweede en derde poging per gerealiseerde zwangerschap voor vergoeding in aanmerking. De aanvullende verzekering biedt dekking voor de kosten van de eerste poging.

- 5.2 In de situatie van verzoekster heeft de eerste poging in 2005 plaatsgevonden. De daarmee gemoeide kosten zijn voor 90% vergoed. De pogingen in 2006 moeten worden beschouwd als de tweede en volgende.
Volgens de zorgverzekeraar gaan andere zorgverzekeraars hier niet anders mee om. Aangezien het een vaststaand feit is dat de eerste behandeling in 2005 is uitgevoerd, zou verandering van zorgverzekeraar niet tot een andere uitkomst hebben geleid.
- 5.3 De zorgverzekeraar merkt verder op dat met de IVF-behandelingen is gestart zonder dat informatie werd ingewonnen. Het eerste contact dateert namelijk van 12 december 2005. Voorts tekent hij aan dat op 8 maart 2006 duidelijkheid is geboden, derhalve vóór 1 april 2006, zodat verzoekster nog van zorgverzekeraar had kunnen veranderen.
- 5.4 De zorgverzekeraar erkent dat aanvankelijk verwarring heeft bestaan rond de vergoeding van IVF-behandelingen. Hij kan dan ook niet uitsluiten dat is gezegd dat de teller in 2006 “op nul” zou worden gezet. Dit betekent echter niet dat daardoor automatisch aanspraak bestaat op in totaal vier behandelingen. De verzekeringsvoorwaarden zijn immers duidelijk. Daarnaast is niet bekend wie verzoekster heeft gesproken en wat er exact is gezegd. Het staat niet onomstotelijk vast dat enige toezegging is gedaan. Volgens de zorgverzekeraar is het een feit van algemene bekendheid dat er risico’s schuilen in het afgaan op mondeling of telefonisch ingewonnen informatie.
- 5.5 Vanwege de gang van zaken is de zorgverzekeraar bereid de vergoeding van 90% voor de IVF-behandeling in 2005 aan te vullen tot 100%. Aangezien er nog geen vierde poging heeft plaatsgehad ondervindt verzoekster geen financieel nadeel.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1 Anders dan het College voor zorgverzekeringen, meent de commissie dat in dit geval niet in de eerste plaats de dekking van de aanvullende verzekering aan de orde is, maar de vraag of er in het jaar 2006 nog maximaal twee behandelingen ten laste van de zorgverzekering kunnen worden geclaimd. 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(en).

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1 Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. 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 is 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 Vergoeding voor IVF-behandelingen staat vermeld in artikel 18.1 van de zorgverzekering. Voor zover in dit verband relevant is in genoemd artikel bepaald:

“18.1 In-vitro fertilisatie (IVF)

Omschrijving: (vergoeding van de kosten van) geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat in geval van in-vitro fertilisatie (IVF) slechts de tweede en derde poging in-vitro fertilisatie (IVF) per gerealiseerde zwangerschap.

Een poging omvat vier fasen:

- a. rijping van eicellen door hormonale behandeling;*
- b. het afnemen van eicellen (punctie);*
- c. bevruchting van eicellen en het opkweken van embryo's in het laboratorium;*
- d. de terugplaatsing van een of meer embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.*

Een volledige poging omvat maximaal het opeenvolgend doorlopen van alle vier genoemde fasen. Een volledige poging kan echter ook bestaan uit fase b,c en d (indien gebruik wordt gemaakt van de natuurlijke cyclus), of een volledige poging kan bestaan uit uitsluitend fase d (indien gebruik wordt gemaakt van een bij een eerdere behandeling verkregen gecryopreserveerd embryo).

(...)

2. onder een gerealiseerde zwangerschap wordt een voortgaande zwangerschap verstaan. Dat is een zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie;

(...)

- 7.3 De regeling van artikel 18.1 is volgens de voorwaarden, artikel 1, onder 62, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4 Vanuit genoemde regelgeving heeft het volgende te gelden. Op grond van artikel 11, eerste lid onderdeel a, onderscheidenlijk b van de Zvw bestaat aanspraak op zorg en overige diensten, respectievelijk de vergoeding van kosten van zorg en overige diensten. Waar het gaat om geneeskundige zorg is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. In artikel 1, eerste lid, onderdeel a, ten tweede is bepaald dat geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden, alsmede paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat de zorg niet omvat de eerste dan wel vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap.
- 7.5 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6 Vervolgens stelt de commissie vast dat op de in december 2005 uitgevoerde IVF-behandeling geen ‘gerealiseerde zwangerschap’ is gevolgd. In de zorgverzekering wordt het recht op vergoeding van de kosten van de tweede en derde poging hier nadrukkelijk aan gekoppeld. Daarbij vormde het begrip ‘gerealiseerde zwangerschap’ ook in het jaar 2005 het ijkpunt voor de bepaling van het recht op vergoeding. Uit het feitelijke gegeven dat er geen sprake is geweest van een ‘gerealiseerde zwangerschap’ volgt dat de daaropvolgende behandeling in januari 2006, althans in het kader van de zorgverzekering, niet anders kan worden beschouwd dan als de tweede behandeling, waarvan de kosten, als gezegd, ten laste van de zorgverzekering komen.
- 7.7 Hoewel de wetgever nadrukkelijk niet heeft beoogd om met ingang van 1 januari 2006 het toetsingskader te wijzigen, dan wel “de teller” voor alle lopende IVF-behandelingen op nul te stellen, zou de uitkomst daarvan overigens zijn dat de

behandeling in januari 2006 als de eerste behandeling moet worden beschouwd. De zorgverzekering kent daarvoor geen dekking.

Of de kosten in dat geval eventueel ten laste van de aanvullende verzekering zouden kunnen komen, moet overigens in het midden blijven, nu de commissie met betrekking daartoe niet bevoegd is.

De zorgverzekeraar heeft aangegeven een aanvullende vergoeding te willen verlenen voor de in december 2005 uitgevoerde behandeling. Dit naar aanleiding van de mogelijk onjuist verstrekte informatie.

Nu verzoekster in totaal drie IVF-behandelingen heeft ondergaan, en deze volledig zijn vergoed, is zij reeds in een gunstigere positie gekomen dan zij op grond van de regeling in 2005, respectievelijk de zorgverzekering in 2006, had mogen verwachten (namelijk de eerste behandeling gedeeltelijk vergoed ten laste van de aanvullende verzekering, de tweede en derde behandeling per gerealiseerde zwangerschap geheel voor rekening van de hoofdverzekering). Tegen die achtergrond bezien en rekening houdend met hetgeen hiervoor is overwogen, bestaat er geen grond het verzoek te honoreren, te meer nu de vierde behandeling ten tijde van het voorleggen van het geschil aan de commissie nog niet had plaatsgevonden en derhalve verzoekster geen financieel nadeel ondervindt van de mogelijk onjuiste telefonische mededeling.

7.8 Het voorgaande leidt ertoe dat voorgaande dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 augustus 2006

Voorzitter