

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A en B te E, in deze vertegenwoordigd door de F, G te H, vs C te D
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, IVF-ICSI, mannelijke onvruchtbaarheid, leeftijdsgrens
Zaaknummer : 2008.02879
Zittingsdatum : 9 september 2009

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A en B te E, hierna gezamenlijk te noemen: verzoekers, in deze vertegenwoordigd F G te H,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekers komen op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 18 juli 2008 voor behandelingen IVF-ICSI, uitgevoerd in Genk (België) geen machtiging te verstrekken.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag waren verzoekers bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder waren verzoekers op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Plus Aanvullende Verzekering (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend gynaecoloog in Nederland heeft bij de man afnemende zaadkwaliteit en daarmee gepaard gaande onvruchtbaarheid vastgesteld. Verzoekers hebben naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan behandelingen IVF-ICSI in Genk ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 juli 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekers hebben aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 9 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 17 december 2008 hebben verzoekers hun geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 26 januari 2009 hebben verzoekers de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering dan wel de aan-

vullende ziektekostenverzekering in te willigen.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekers het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekers te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekers aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 22 april 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 april 2009 aan verzoekers toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekers en de ziektekostenverzekeraar hebben op 7 mei respectievelijk 8 juni 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 23 april 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 27 augustus 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekers in te willigen omdat geen wetenschappelijke ondersteuning kan worden gevonden voor het stellen van een leeftijdsgrens voor de man met betrekking tot de doelmatigheid van een ICSI. Een afschrift van het CVZ-advies is op 28 augustus 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekers en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 september 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 10 september 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ 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 verzoekers

- 4.1. Verzoekers stellen, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat niet duidelijk is waarom een IVF-ICSI behandeling niet doelmatig en doeltreffend zou zijn als de oorzaak van het probleem is gelegen in de leeftijd van de man. Behandelingen IVF/ICSI zouden juist wel leiden tot het bereiken van het doel van verzoekers.
- 4.2. Verzoekers stellen voorts dat het probleem niet gerelateerd is aan de kwantiteit of de kwaliteit van het sperma, zoals in Genk is vastgesteld, maar aan een aantal problemen van de vrouw die het beletten dat zij op normale wijze zwanger wordt. De vrouw is om die reden in Genk eerst voor het verwijderen van poliepen in de baarmoeder geholpen, welke operatie wel door de ziektekostenverzekeraar is vergoed.
- 4.3. Verzoekers stellen dat het NVOG geen leeftijdsgrens voor mannen hanteert, nu dit niet blijkt uit de patiëntenfolder mannelijke onvruchtbaarheid. Zij zijn slechts door de werkgroep IVF van het AMZ voor behandeling afgewezen omdat men daar mannelij-

ke onvruchtbaarheid blijkbaar alleen behandelt als sprake is van een ziekte. Vanaf 55 jaar wordt mannelijke onvruchtbaarheid door het AMZ gezien als een normaal verschijnsel en heeft men daar kennelijk ethische bezwaren tegen het vaderschap boven de 55 jaar.

- 4.4. Voorts zijn verzoekers van mening dat de ziektekostenverzekeraar de criteria betreffende de doelmatigheid en doeltreffendheid dient te toetsen aan het individuele geval, zeker nu de leeftijdsgrens van 55 arbitrair is te noemen. Een grens overigens die in geen polis, folder of brochure van de ziektekostenverzekeraar is opgenomen. Ook de informatie die door verzoekers telefonisch is ingewonnen met betrekking tot de vergoeding van IVF/ICSI maakt geen melding van een leeftijdsgrens van 55 jaar.
- 4.5. Tot slot stellen verzoekers dat IVF/ICSI gewoon onder de dekking van de zorgverzekering valt, tenzij de behandeling niet doelmatig of doeltreffend zou zijn. Nu het de ziektekostenverzekeraar is die het gebrek aan doelmatigheid stelt, is het aan hem dit aannemelijk te maken, hetgeen voorsnog niet is gebeurd.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekers ter aanvulling aangevoerd dat nergens in de polisvoorwaarden is te lezen dat een beperking op de aanspraak bestaat die afhankelijk is van de leeftijd van de man.
- 4.7. Verzoekers komen tot de conclusie dat hun 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 op grond van de NVOG richtlijn voor mannen een leeftijdsgrens van 55 jaar wordt gehanteerd, waarboven in Nederland geen ICSI meer wordt toegepast.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij zich niet kan vinden in het advies van het CVZ. Ten eerste is overduidelijk sprake van een slechte kwaliteit van het sperma en ten tweede ziet de ziektekostenverzekeraar niet in waarom de richtlijn van de NVOG van 1998 niet meer geldig zou zijn. Het in 2005 geformuleerde standpunt is gevormd door een werkgroep van gynaecologen, maar dat is slechts een beperkte groep, en dit standpunt kan niet worden geacht van de NVOG te zijn. Bovendien vindt de ziektekostenverzekeraar de aangehaalde literatuur in het onderzoek naar de stand van de wetenschap en de praktijk van matige kwaliteit.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekers terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekers ten behoeve van een ICSI de leeftijd van de man kan worden tegengeworpen bij de beoordeling van de doelmatigheid. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat:

“Omschrijving

geneeskundige zorg zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek.

Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

(...)

- materialen die ertoe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees, verband of hulpmiddelen.”

Artikel 9.1 Buitenland bepaalt, voor zover hier relevant, het volgende:

“lid 1

De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:

(...)

- vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden;

(...).”

Met betrekking tot in-vitrofertilisatie wordt in artikel 18 van de zorgverzekering bepaald:

18.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

Omschrijving:

geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat in geval van in-vitrofertilisatie (IVF) ten hoogste de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap.

Een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, houdt in:

- a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;*
- b. het afnemen van eicellen (punctie);*
- c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;*
- d. het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.*

Door:

gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Verwijzing door:

gynaecoloog of uroloog.

Bijzonderheden:

1. een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een eiceldonatie--behandeling worden gelijkgesteld aan een IVF-poging;

(...)

3. voor de aanspraak op geneesmiddelen die verband houden met de eerste, tweede en derde poging in-vitrofertilisatie (IVF), zie artikel 31, Geneesmiddelen.

18.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving:

geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende behandelingen: behandelingen in verband met operatieve ingrepen en kunstmatige inseminatie.

Door:

gynaecoloog of uroloog.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

op grond van het Besluit zorgverzekering bestaat geen aanspraak op geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid.”

Artikel 12.4 luidt voor zover hier van belang:

“Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [naam ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2008, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [naam ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. In de gevallen waarin voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2008 gelijk aan het geldende Wmg-tarief.

(...)

De hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement restitutie [naam ziektekostenverzekeraar] 2008. Het Reglement restitutie [naam ziektekostenverzekeraar] 2008 maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook [website zorgverzekeraar].”

Het Restitutie Reglement, behorende bij de zorgverzekering, bepaalt voor zover hier van belang:

“Artikel 2

Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [naam ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2008, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn of zouden zijn overeengekomen tussen [naam ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. In de gevallen waarin voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2008 gelijk aan het geldende Wmg-tarief.

Artikel 4

Voor de in artikel 2, Verzekerde prestaties, genoemde Wmg-tarieven verwijzen wij naar de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl.”

De definitie van een Diagnose Behandel Combinatie is volgens artikel 1 van de zorgverzekering:

“Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg (...). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.”

- 7.3. De artikelen 1, 9.1, 12.4 en 20 van de zorgverzekering en artikel 4 van het Restitutiereglement zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.2, lid 2 Bzv is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering worden gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen worden medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Het geschil zoals omschreven in 7.1 spitst zich toe op de vraag of een IVF/ICSI in de situatie waarin de leeftijd van de man hoger is dan 55 jaar, voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.7. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een 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 gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen 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 ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken 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 beroepsgenoten.

Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen 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 worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht 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 onderhavige materie is door de het CVZ in zijn advies van 25 augustus 2009 uitgevoerd. Daarvoor is door het CVZ een achtergrondrapportage gedaan naar de beoordeling van de stand van de wetenschap en de praktijk met betrekking tot de leeftijd van de man bij IVF. De conclusie van de achtergrondrapportage is dat geen onderbouwing beschikbaar is in de internationale literatuur voor een paternale leeftijdsgrens. Dit advies is door de Raad van Bestuur van het CVZ gesanctioneerd. De conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 7.10. De commissie komt op grond van vorenstaande tot de conclusie dat verzoekers in aanmerking komen voor (vergoeding van) een IVF/ICSI behandeling.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.11. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg in het buitenland.

Conclusie

- 7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek conform het Restitutie Reglement van de ziektekostenverzekeraar dient te worden toegewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek met inachtneming van het in 7.9 overwogene toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 23 september 2009,

Voorzitter