

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, hoogtechnologisch
draagmoederschap
Zaaknummer : 2011.01779
Zittingsdatum : 22 februari 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beiden te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op in-vitrofertilisatie (IVF), toe te passen bij een draagmoeder in Italië (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij e-mail van 4 november 2011 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 december 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 december 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 januari 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 23 december 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 januari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2011138453) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een IVF-behandeling met eiceldonatie geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 februari 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 23 februari 2012 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 voorlopig advies. Bij brief van 16 maart 2012 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Zij hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is geboren zonder baarmoeder, waardoor het voor haar onmogelijk is zwanger te raken. Zij is aangewezen op draagmoederschap, waarvoor een IVF-behandeling nodig is. Eén van haar eicellen wordt bevrucht met een zaadcel van haar partner, waarna het embryo wordt geplaatst bij een draagmoeder. Verzoekster voert aan dat iedere vrouw die moeilijkheden heeft zwanger te worden aanspraak heeft op drie IVF-behandelingen. De ziektekostenverzekeraar is daarom gehouden de aanspraak in te willigen.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat dient te worden gekeken naar haar individuele situatie. Eventueel kan een vergoeding op basis van coulance plaatsvinden.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Een IVF-behandeling vormt een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering indien de eicel wordt teruggeplaatst bij de vrouw waar deze vandaan komt. Een IVF-behandeling in het kader van draagmoederschap wordt niet als verzekerde zorg beschouwd. Een en ander volgt uit een standpunt van het CVZ van 20 november 2006

(zaaknummer 26080732).

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij niet bereid is een coulancevergoeding te verlenen.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 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 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg, waaronder IVF, bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"De volgende zorg valt niet onder medisch specialistische zorg zoals die is beschreven in artikel B.4.1. tot en met artikel B.4.4.:

a. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie. Na een doorgaande zwangerschap of een levend geboren kind kan wel opnieuw recht ontstaan op IVF en de bijbehorende geneesmiddelen. Onder een doorgaande zwangerschap verstaan wij dan:

- een zwangerschap van tenminste tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie, of*
- een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie van gecryopreserveerde embryo's, of*
- een spontaan ontstane (fysiologische) zwangerschap van tenminste twaalf weken, gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie; (...)"*

- 8.4. Artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op:

a. verzekerde zorg in het buitenland door een zorgaanbieder of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;

b. vergoeding van kosten van verzekerde zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.

U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of zorginstelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. U kunt in de volgende artikelen van dit hoofdstuk per zorgsoort lezen wat wij dan vergoeden.(...)”

- 8.5. Artikel A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“In deze verzekeringsvoorwaarden hebben wij omschreven op welke dekking u recht hebt. De inhoud en omvang van deze zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. (...)”

- 8.6. De artikelen B.2. en B.4. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering en artikel A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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. Medisch-specialistische zorg, waaronder IVF, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1 lid 2 van de zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

- 8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.9. Artikel 20 van Vo 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. Aangezien verzoekster voorafgaand aan de IVF-behandeling toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, dient te worden getoetst aan het Werkingsverdrag en Verordening 883/2004. Voor de beantwoording van de vraag of de toestemming al dan niet ten onrechte is geweigerd, is in de eerste plaats relevant of het gevraagde een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en of verzoekster hiervoor een indicatie heeft. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. Het CVZ heeft de commissie op 23 januari 2012 geadviseerd het verzoek af te wijzen, op de grond dat eiceldonatie geen verzekerde prestatie vormt. De draagmoeder is niet geïndiceerd voor IVF, omdat zij geen medische beperkingen heeft om zwanger te worden. De commissie neemt het advies van het CVZ over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor IVF, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 april 2012,

Voorzitter