

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 2229

Vragen van de leden **Bergkamp** en **Raemakers** (beiden D66) aan de Minister voor Medische Zorg over *onduidelijkheid over de vergoeding van vruchtbaarheidsbehandelingen van lesbische en alleenstaande vrouwen* (ingezonden 22 februari 2019).

Antwoord van Minister **Bruins** (Medische Zorg) (ontvangen 9 april 2019). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2018–2019, nr. 1773.

#### Vraag 1

Bent u bekend met het bericht «Vergoeding vruchtbaarheidsbehandeling lesbische vrouwen ter discussie»?<sup>1</sup>

#### Antwoord 1

Ja.

#### Vraag 2

Klopt het dat lesbische en alleenstaande vrouwen tot verkort hun vruchtbaarheidsbehandeling wel vergoed kregen? Kunt u aangeven wat u verstaat onder «vruchtbaarheidsbehandeling»? Valt hier enkel kunstmatige inseminatie donorsperma (KID) onder of meer?

#### Antwoord 2

Het is mij bekend dat de beroepsgroep van gynaecologen (NVOG) meent dat de behandeling kunstmatige inseminatie met donorzaad, zonder medische aanleiding (indicatie), ten laste van de basisverzekering mag worden vergoed. Het is mij niet bekend dat de NVOG deze opvatting ook heeft over andere vruchtbaarheidsbehandelingen. Alleengaande en lesbische vrouwen die met gebruik van donorzaad (eigen donor of medische KID) onverhoopt niet zwanger worden hebben na 1 jaar dezelfde medische indicatie voor onderzoek en eventueel behandeling als ook man/vrouw paren. De term vruchtbaarheidsbehandeling betreft in de context van het genoemde bericht de KID-behandeling.

<sup>1</sup> <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/01/25/ruzie-over-ruimere-vergoeding-ivf-a3651689>

### Vraag 3

Kunt u reageren op het toevoegen en later weer verwijderen van de zin «Als alleenstaande of homoseksueel met een kinderwens, krijgt u een vruchtbaarheidsbehandeling alleen vergoed als er een medische noodzaak is» door een zorgverzekeraar aan de polisvoorwaarden?<sup>2</sup>

### Antwoord 3

Ik ga niet over specifieke uitlatingen van individuele zorgverzekeraars.

### Vraag 4

Kunt u aangeven hoe u artikel 14, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet leest in het licht van KID voor alleenstaande of lesbische vrouwen?

### Antwoord 4

Om toe te lichten hoe artikel 14 in dit licht moet worden gelezen is het belangrijk om artikel 14 van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) in samenhang met artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering toe te lichten.

In artikel 14 van de Zvw is geregeld dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst slechts wordt beoordeeld op basis van zorginhoudelijke criteria. Hiermee wordt bedoeld dat vanuit medisch (en bijv. niet vanuit sociaal) perspectief wordt gekeken naar de

bovengenoemde individuele risico's. Uitkomst hiervan kan zijn dat er een medische indicatie is tot behandeling.

Vervolgens heeft een cliënt op grond van artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekeringen slechts recht op een vorm van zorg «voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen». Of een cliënt redelijkerwijs is aangewezen op een te verzekeren prestatie is een individuele (medische) beoordeling. Dit is pas het geval als het individuele risico dat hij loopt op een ziekte, aandoening of beperking hoger is dan het risico binnen de populatie in het algemeen. Er is dan sprake van een medische indicatie. De Zvw betreft immers een individuele schadeverzekering.

Concluderend betekent bovenstaande dat er een medische aanleiding (indicatie) nodig is om de behandeling kunstmatige inseminatie met donorzaad vergoed te kunnen krijgen vanuit het verzekerde pakket.

### Vraag 5

Welke criteria hanteert het Zorginstituut bij het beoordelen of een KID een «medische noodzaak» heeft?

### Antwoord 5

Uitgangspunt van de Zvw is dat zorgverzekeraars primair verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van het verzekerde pakket, en dat zij zelf op grond van de wettelijke kaders de inhoud en omvang van het verzekerde pakket vaststellen. Zij toetsen daarbij individuele behandelingen op rechtmatigheid en doelmatigheid, op basis van de criteria van de Zvw (waaronder het medische indicatievereiste). Het Zorginstituut heeft de taak om, indien nodig (bijvoorbeeld als zorgverzekeraars niet tot een eenduidige uitleg komen), de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van het pakket te bevorderen.

Om voor vergoeding vanuit de Zvw in aanmerking te komen is het noodzakelijk dat het verzekerde risico is ingetreden. Binnen de Zvw is dat het geval als een verzekerde een individuele zorgvraag heeft en zich vanuit deze behoefte meldt bij de zorgverlener. Daarmee is een zorgvraag ontstaan. Indien de zorgverlener vanuit medisch oogpunt constateert dat een behandeling nodig is, dan ontstaat er een medische indicatie, waarmee de verzekerde recht heeft op vergoeding van de behandelkosten.

### Vraag 6

Hoe heeft het proces eruit gezien alvorens het Zorginstituut een standpunt innam? Met welke partijen heeft het Zorginstituut gesproken voordat zij hun standpunt innamen? Zijn de Wetenschappelijke Advies Raad (WAR) en de

<sup>2</sup> <https://www.nvog.nl/actueel/reactie-op-nrc-nieuwsbericht-ruzie-over-ruimere-vergoeding-ivf/>

Adviescommissie Pakket (ACP) geconsulteerd? In hoeverre hebben maatschappelijke argumenten een rol gespeeld?<sup>3</sup>

Antwoord 6

Zorgverzekeraars zagen bij controle dat KID bij alleengaande of lesbische vrouwen door klinieken ten laste van de verzekering werd gebracht. Zij meenden dat dit niet juist was en vroegen het Zorginstituut om verheldering. Het Zorginstituut bevestigde dat het ontbreken van een mannelijke partner of eigen donor bij alleengaande of lesbische vrouwen geen medische indicatie is en dat vergoeding van KID bij deze indicatie niet ten laste van het basispakket kan worden gebracht. Maatschappelijke argumenten hebben hierbij geen rol gespeeld. Hiermee duidde het Zorginstituut conform zijn taak bestaande regelgeving (Zvw). Er was dus geen sprake van een pakketadvies als bedoeld in artikel 66 van de Zvw. Er is daarom geen advies gevraagd aan de Adviescommissie Pakket (ACP). De Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) van het Zorginstituut wordt geconsulteerd wanneer het Zorginstituut in het kader van zijn wettelijke taak op grond van artikel 64 van de Zvw duidt of een bepaalde interventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Nu daarvan in het onderhavige geval geen sprake van is, is de WAR niet geconsulteerd.

Vraag 7

Bent u bereid om de precieze argumentatie van het Zorginstituut in deze kwestie naar de Kamer te sturen?

Antwoord 7

De precieze argumentatie van het Zorginstituut Nederland is als volgt. Een zorgverzekering die iedere burger in Nederland met een zorgverzekeraar sluit, is een verzekering die de kosten dekt als deze (de verzekerde) – onverhoopt – medische zorg nodig heeft in verband met een (hoog risico op) een ziekte of aandoening. Medische behandelingen worden daarom alleen door een zorgverzekeraar vergoed als een verzekerde een eigen medische indicatie heeft, dat wil zeggen een medisch probleem vanwege een ziekte of aandoening. Dat is bijvoorbeeld het geval als er sprake is van in- of subfertiliteit, een biologische stoornis in de vruchtbaarheid die voortplanting belemmert of verhindert. In geval van het ontbreken van een mannelijke partner (bij alleengaande of lesbische vrouwen die om die reden opteren voor KID) is daarvan geen sprake en ontbreekt dan de vereiste medische indicatie voor behandeling.

Vraag 8

Klopt het dat het Zorginstituut stelt dat als er sprake is van geen partner of een lesbische relatie waarbij gekozen wordt voor KID dit niet vergoed mag worden, omdat dit een sociale oorzaak heeft? Klopt het dat als in een heterokoppel de man «slecht» zaad heeft en gekozen wordt voor KID het Zorginstituut stelt dat dit wel mag worden vergoed? Hoe verhoudt dit verschil zich tot de Algemene wet gelijke behandeling?

Antwoord 8

Voor de Zvw zijn burgerlijke staat of seksuele voorkeur niet van belang. Het gaat louter om de vraag of er een medische indicatie is. Om voor vergoeding van KID in aanmerking te komen moet conform de Zvw sprake zijn van een medisch probleem bij de man of spermadonor waardoor de kwaliteit van het semen onvoldoende is voor zwangerschap. Vrouwen met een onvruchtbare mannelijke partner komen als dit criterium wordt gehanteerd wel in aanmerking voor vergoeding van KID, en vrouwen zonder mannelijke partner niet. Zoals ik in mijn brief van 13 maart jl.<sup>4</sup> heb aangegeven, zal de regering rond de zomer een besluit nemen over de vraag of de overheid een rol heeft in het financieren van vruchtbaarheidsbehandelingen in geval een beroep wordt gedaan op de zorg voor het vervullen van een kinderwens, terwijl een medische noodzaak ontbreekt.

<sup>3</sup> Pakketadvies in de praktijk. Wikken en wegen voor een rechtvaardig pakket – Zorginstituut september 2017

<sup>4</sup> Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 122

Vraag 9

Deelt u de mening dat er nu sprake is van onduidelijkheid over het vraagstuk rondom de vergoeding van KID voor lesbische en alleenstaande vrouwen en dat deze onduidelijkheid onwenselijk is? Zo ja, bent u bereid hier een duidelijk standpunt over in te nemen? Zo ja, wanneer ontvangt de Kamer dit standpunt?

Antwoord 9

Zoals in mijn brief van 13 maart<sup>5</sup> aangegeven erken ik de zorgen van de patiënten over het voor hen plotselinge wegvallen van de vergoeding van kunstmatige inseminatie met donorzaad zonder een medische indicatie. Daarom heb ik zorgverzekeraars gevraagd om gedurende 2019 de behandelingen te blijven vergoeden voor vrouwen die nu reeds in een dergelijk traject zitten en vrouwen die zich dit jaar nog voor een dergelijk traject melden. Uw Kamer ontvangt rond de zomer een standpunt van het kabinet over de financiering van vruchtbaarheidsbehandelingen zonder medische indicatie, zodat vóór 2020 voor iedereen duidelijkheid ontstaat.

Vraag 10

Bent u bereid deze vragen apart te beantwoorden?

Antwoord 10

Ja.

---

<sup>5</sup> Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 122