

*Rapport*

## **In-vitrofertilisatiebehandelingen Een verkenning**

Op 2 april 2010 uitgebracht aan de minister van  
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

*Publicatienummer*

***Uitgave***

College voor zorgverzekeringen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
Fax (020) 797 85 00  
E-mail [info@cvz.nl](mailto:info@cvz.nl)  
Internet [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

***Volgnummer***

29119945

***Afdeling***

Zorg Advies

***Auteur***

mw. drs. T.J. Duine, mw. J.T.M. Derksen, gynaecoloog

***Doorkiesnummer***

Tel. (020) 797 85 53

***Bestellingen***

Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website  
([www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer  
(020) 797 88 88.

## Inhoud:

*pag.*

	<b>Samenvatting</b>
<b>1</b>	1. Inleiding
<b>2</b>	2. IVF-behandelingen in Nederland
<b>2</b>	2.a. Aantallen
<b>2</b>	2.b. Succespercentage
<b>2</b>	2.c. Kosten
<b>3</b>	3. Nederlands beleid
<b>3</b>	3.a. Inleiding
<b>3</b>	3.b. Afwachtend beleid
<b>4</b>	3.c. Aantal embryo's
<b>4</b>	3.d. Hormonale stimulatie
<b>5</b>	3.e. Leeftijd
<b>5</b>	3.f. Leefstijlbeleid
<b>7</b>	4. Wetten en regels
<b>7</b>	4.a. Vergoeding in-vitrofertilisatie
<b>7</b>	4.b. Overige wettelijke regelingen
<b>7</b>	4.b.1. Inleiding
<b>8</b>	4.b.2. De Wet Bijzondere Medische Verrichtingen
<b>8</b>	4.b.3. De Embryowet
<b>8</b>	4.b.4. vraagstukken rond IVF en de WBMV en Embryowet
<b>9</b>	4.c. Behandelingen in het buitenland
<b>11</b>	5. Dilemma's
<b>11</b>	5.a. Risico's
<b>11</b>	5.b. Terughoudend of ruimhartig
<b>11</b>	5.c. IVF en het buitenland
<b>12</b>	5.d. Voortschrijdende technologie
<b>12</b>	5.e. Incongruentie in de regelgeving
<b>13</b>	6. Beoordeling van IVF-behandelingen als te verzekeren zorg
<b>13</b>	6.a. Het domein van de ZVW
<b>13</b>	6.b. Pakketprincipes
<b>14</b>	6.c. Ziektelast
<b>14</b>	6.d. Noodzakelijkheid
<b>16</b>	6.e. Conclusie over IVF als noodzakelijk te verzekeren behandeling
<b>17</b>	7. Bestuurlijke consultatie
<b>19</b>	9. Tot slot

***Bijlage(n)***

1. Argumentkaart (2010032994)
2. Lijst van deelnemers

## Samenvatting

<b><i>Domein Zvw</i></b>	Het CVZ verkent in dit advies de vraag in hoeverre IVF - behandelingen al dan niet een te verzekeren prestatie in de Zvw moeten blijven. Allereerst door na te gaan of de
<b><i>Criterium noodzakelijkheid</i></b>	behandeling kan worden gerekend tot het domein van de Zvw. Vervolgens toetst het CVZ IVF aan het noodzakelijkheidscriterium.
<b><i>Huidige praktijk in kaart gebracht</i></b>	Ter voorbereiding op deze beoordeling heeft het CVZ eerst een verkenning uitgevoerd naar de huidige praktijk rond in-vitrofertilisatie. Aantallen behandelingen, kosten, Nederlands beleid, regelgeving en knelpunten zijn hiervoor in beeld gebracht.
<b><i>Vier typen argumenten</i></b>	Vervolgens heeft het CVZ de argumenten, die een rol spelen bij het pakketcriterium noodzakelijkheid, systematisch geïnventariseerd en geordend. De argumenten zijn te onderscheiden in medische, ethische, sociale en financiële argumenten, elk met een pro- en een contra dimensie. De argumenten zijn getoetst in een denksessie met een aantal belanghebbende partijen. De deelnemers waren eensgezind in het belang dat zij eraan hechten om IVF vanuit de basisverzekering te blijven vergoeden. Als belangrijkste argumenten kwamen naar voren dat ongewenste
<b><i>Denksessie met belanghebbenden</i></b>	kinderloosheid een hoge ziektelast met zich meebrengt en dat opname in het basispakket een belangrijke waarborg vormt voor voortdurende kwaliteitsontwikkeling.
<b><i>Noodzakelijk wegens hoge ziektelast en zorg voor kwaliteit</i></b>	Een belangrijk argument tegen vergoeding vanuit het basispakket was dat het succes van IVF remmend werkt op het doen van nader onderzoek naar de oorzaken van verminderde vruchtbaarheid.
<b><i>Tegen: IVF remt ander onderzoek</i></b>	
<b><i>Domein Zvw: ja</i></b>	In- en subfertiliteit geldt als een aandoening. IVF-behandelingen vallen daarom onder het domein van de Zvw. Het CVZ is van oordeel dat er vooralsnog onvoldoende redenen zijn om IVF op grond van het noodzakelijkheidscriterium uit het basispakket te halen. Het CVZ heeft, naast bovengenoemde argumenten, ook laten meewegen dat IVF niet los kan worden gezien van het totale aanbod aan fertiliteitszorg.
<b><i>Advies: IVF in basispakket</i></b>	Het CVZ zal in de toekomst wel nader onderzoek doen naar de (kosten)effectiviteit van IVF. Het CVZ zal tevens bestaande knelpunten en inconsistenties in de regelgeving in kaart brengen en waar nodig verbeteradviezen formuleren.
<b><i>Voornemens CVZ</i></b>	

## 1. Inleiding

Het CVZ beoordeelt aan de hand van zijn pakketprincipes en de daarbij te hanteren criteria of zorg die op dit moment voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komt, nog steeds verzekerd moet blijven. Primair kijkt het CVZ of het om zorg gaat die voorziet in de gevolgen van de behoefte aan geneeskundige zorg. Vervolgens beoordeelt het CVZ de zorg op basis van de tot op heden gehanteerde normen voor de vier pakketprincipes noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Dit rapport gaat over de in-vitrofertilisatiebehandeling (IVF).

### ***Behoeft*** ***aan*** ***geneeskundige*** ***zorg***

Bij IVF doemt regelmatig de vraag op of we bij sub- of infertiliteit wel kunnen spreken van een ziekte. Deze discussie gaat dan over de vraag of dergelijke behandelingen vallen onder het te verzekeren domein van de Zorgverzekeringswet, namelijk of deze voorzien in de behoefte aan geneeskundige zorg.

### ***Noodzakelijkheid***

Het tweede discussiepunt in het kader van de pakketbeoordeling gaat doorgaans over de noodzakelijkheidsvraag (appraisal). Om deze vraag te verkennen heeft het CVZ eerst de argumenten geïnventariseerd. Vervolgens heeft het CVZ deze argumenten voorgelegd aan bij dit onderwerp betrokken organisaties.

### ***Achtergrond-*** ***informatie***

Ter voorbereiding op de beoordeling van deze twee vragen geeft het CVZ inzicht in de huidige praktijk rond in-vitrofertilisatie. Daarom brengt het CVZ allereerst een aantal feiten rond IVF in kaart. Dit om (voor)oordelen in relatie tot leeftijd, leefstijl, kosten en kansen van de behandeling in het juiste perspectief te zien.

Bij het inventariseren van de huidige zorgpraktijk is het ontbreken van een recente richtlijn voor zowel het indicatiegebied als de uitvoering een complicerende factor. Daardoor ontstaan variaties in de zorg die niet te herleiden zijn tot patiëntkenmerken en is het moeilijk inzicht te krijgen in de effectiviteit en kosteneffectiviteit.

## 2. IVF-behandelingen in Nederland

### 2.a. Aantallen

**17.000 IVF-baby's  
per jaar**

Het aantal gestarte behandelingen is vanaf 1996 langzaam opgelopen van 11.000 tot bijna 17.000 in 2008. In Nederland worden jaarlijks 4.500 baby's geboren via een IVF/ICSI-behandeling. Dat is één op de 41 geboortes, een aantal dat na een forse stijging in de beginperiode (sinds de jaren tachtig) de afgelopen jaren stabiliseert. Die stabilisatie heeft niet zozeer te maken met het aantal behandelingen, maar met het feit dat minder embryo's worden teruggeplaatst.

### 2.b. Succespercentage

**Kans op  
zwangerschap**

Van alle paren die een vruchtbaarheidsbehandeling ondergaan, krijgt 50% uiteindelijk een levendgeboren kind(1). IVF en ICSI (intra cytoplasmatische sperma-injectie, een bijzondere vorm van IVF), inclusief cryobehandelingen, zijn samen goed voor een succespercentage doorgaande zwangerschappen van bijna 23,3% per poging. Daarbij gaat het in 13,4 % om tweelingzwangerschappen (landelijke IVF cijfers 2008). Een behandeling bestaat maximaal uit drie (uit de basisverzekering vergoede) pogingen. Het percentage doorgaande zwangerschappen bij een complete behandeling ligt in het gunstigste geval tussen de 50 en 60 %. Steeds vaker wordt één embryo in plaats van twee teruggeplaatst. In andere Europese landen worden vergelijkbare succespercentages bereikt.

### 2.c. Kosten

**€ 3000 per poging**

Eén IVF-poging kost ongeveer € 3000, -. (gemiddeld € 1700 ziekenhuiskosten en € 1300 medicatie)(2). Maximaal drie pogingen kunnen ten laste van de basisverzekering worden gebracht. Een zwangerschap die tot stand is gekomen door IVF of ICSI kost gemiddeld 10.250,- aan medisch handelen(3).

### 3. Nederlands beleid

#### 3.a. Inleiding

Uit onderzoek is gebleken dat 15% van alle paren op enig moment in de vruchtbare levensfase hulp zoekt voor een onvervulde zwangerschapswens(4).

#### *Verwijsbeleid*

In Nederland is de huisarts de eerste arts die geconsulteerd wordt bij uitblijven van gewenste zwangerschap. De huisarts verricht in de eerste lijn nader onderzoek naar mogelijke oorzaken van de subfertiliteit. In de Standaard Subfertiliteit van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) van oktober 1998 worden de indicaties voor verwijzing naar de tweede lijn, meestal de gynaecoloog, gegeven. (Een update van deze richtlijn is in voorbereiding).

#### *Oorzaken*

Van de oorzaken van subfertiliteit is ruwweg 30% gelegen bij de vrouw, 30% bij de man en 30% bij een combinatie van afwijkingen. De overige subfertiliteit geldt als onbegrepen subfertiliteit. Voor vrouwen is de leeftijd een belangrijke prognostische factor voor de kans op zwangerschap.

#### *Paraplustudie*

In 2005 is door ZonMw de zogenaamde paraplustudie gepubliceerd, een combinatie van mede in opdracht van het CVZ uitgezette onderzoeken naar de doelmatigheid van subfertiliteitsbehandelingen. Op basis van dit onderzoek heeft de beroepsgroep een aantal beleidslijnen ingezet, onder andere met betrekking tot het aantal terug te plaatsen embryo's en het verminderen van de hormonale stimulatie(5).

#### 3.b. Afwachtend beleid

#### *Één jaar afwachten*

Over het algemeen wordt in de eerste lijn een afwachtend beleid gevoerd wanneer geen oorzaak voor de fertiliteitsstoornis wordt gevonden. Bij een onbegrepen vruchtbaarheidsstoornis wordt nogal eens bij vrouwen jonger dan 35 jaar gedurende één jaar afgewacht. Ook ná een jaar van onbeschermd, op conceptie gericht geslachtsverkeer zonder zwangerschap (de definitie van subfertiliteit), kunnen paren namelijk nog steeds een redelijke kans op een spontane zwangerschap hebben. Gemiddeld genomen was de kans op een spontane zwangerschap binnen 1 jaar nadat de indicatie voor IVF of ICSI was bepaald, minder dan 10%, maar deze kon oplopen tot 25% voor vrouwen met de meest gunstig voorspellende factoren(3).

#### *Predictiemodel*

De NVOG heeft een richtlijn Oriënterend Fertiliteitsonderzoek (2004) opgesteld. Deze betreft diagnostiek naar oorzaak en bepaling van de prognose met en de prognose zonder behandeling. Hiervoor is in deze richtlijn het predictiemodel van Hunault opgenomen. Expliciet wordt benadrukt dat bij

subfertiliteitspatiënten veel *treatment independent pregnancies* voorkomen; dat het er om gaat paren inzicht te verschaffen in hun spontane conceptiekans; en dat niet iedere diagnose (obligaat) tot het starten van een behandeling hoeft te leiden

Nationale evidence-based richtlijnen met predictiemodellen die aangeven welke wachttijden voor specifieke indicaties en patiëntkenmerken effectief, veilig en doelmatig zijn voor zwangerschapsbevorderende maatregelen ontbreken vooralsnog binnen Nederland.

### **3.c. Aantal embryo's**

Tot enige jaren geleden werden meerdere embryo's teruggeplaatst om een zo hoog mogelijke kans op zwangerschap te krijgen. Tegenwoordig plaatsen Nederlandse IVF-klinieken bij voorkeur één (SET, single embryo transfer), en maximaal twee embryo's terug (DET, Duo Embryo Transfer), om zoveel mogelijk meerlingzwangerschappen te voorkomen. Tweelingzwangerschappen brengen een zes keer verhoogd risico op mortaliteit en handicap met zich mee. Ook maternale complicaties komen vaker voor. In Nederland ligt bij IVF/ICSI het percentage tweelingzwangerschappen rond 15%. Voor bepaalde categorieën patiënten kan, zonder de kans op een levend geboren kind te verlagen, gekozen worden voor een Single Embryo Transfer (SET) en aansluitend een cryo cyclus (het terugplaatsen van een eerder verkregen, ingevroren embryo).

### **3.d. Hormonale stimulatie**

**Risico op  
hyperstimulatie**

IVF-behandelingen beginnen doorgaans met het toedienen van geneesmiddelen om de eicelrijping te stimuleren. Daarna kunnen de eicellen via een punctie worden 'geogost' en vervolgens in het laboratorium bevrucht en teruggeplaatst in de baarmoeder. Dit toedienen van geneesmiddelen is niet zonder risico: wanneer een te hoge dosis wordt toegediend, spreken we van hyperstimulatie en bestaat er kans op het ovarieel hyperstimulatiesyndroom (OHHS), een ernstige ziekte. De afgelopen jaren heeft de beroepsgroep zich ingezet om dit risico te minimaliseren, en is ook de regelgeving aangepast (zie 4a) om minimale stimulatie mogelijk te maken zonder een poging te 'verspelen'.

**Modified Natural  
Cycle IVF**

In haar proefschrift onderbouwt Pelinck(6) bewijs voor de effectiviteit van de 'Modified Natural Cycle (MNC)- IVF' voor alle indicaties. Deze behandeling is in vergelijking met de gecontroleerde hyperstimulatie en DET doelmatiger. Of dat ook zo is in vergelijking met de SET is nog niet duidelijk. MNC-IVF maakt gebruik van lage doseringen hormonale stimulatie en brengt nagenoeg geen risico op overstimulatie met zich mee, noch op meerlingzwangerschap. Er is geen



embryoselectie nodig zoals bij SET, omdat er meestal maar één embryo is.

### ***In Vitro Maturatie***

Recent (december 2009) is de eerste baby geboren met behulp van In Vitro Maturatie (IVM)(7). Deze techniek lijkt op IVF, maar dan zonder de daarbij gebruikelijke hormoonkuur. Bij IVM zijn weinig of geen hormonen nodig, omdat de eicellen onrijp uit de eierstokken worden gehaald en in het laboratorium tot ontwikkeling worden gebracht. Hierdoor lopen vrouwen niet langer het risico op OHHS.

### ***3.e. Leeftijd***

Op grond van de richtlijn uit 1998 werd IVF tot voor enkele jaren geleden niet toegepast bij vrouwen ouder dan 41 jaar. Dit werd niet zinvol geacht zolang meting van de ovariële veroudering niet betrouwbaar kan worden uitgevoerd. Geleidelijk is de beroepsgroep deze leeftijdsgrens gaan loslaten, en ontstonden geschillen over de leeftijd tot waar IVF vergoed kon worden. In geschillen stelde het CVZ dat de wetenschappelijke basis voor een leeftijdsgrens ontbreekt. Achterliggende motivering is dat de kans op zwangerschap weliswaar afneemt met de leeftijd, maar dat hier een grote bandbreedte geldt. Individuele verschillen zorgen ervoor dat er vrouwen zijn die nog voor hun veertigste nauwelijks meer vruchtbaar zijn, terwijl anderen tot ver na hun veertigste nog een redelijke kans hebben om zwanger te worden<sup>1</sup>. Vooralsnog blijkt echter uit onderzoek dat er geen betrouwbare methode is die voorafgaand aan de behandeling kan voorspellen of al dan niet een goede reactie op ovariële stimulatie te verwachten is.

### ***Leeftijdsgrens verschilt per kliniek***

Zo lang niet redelijk overtuigend kan worden vastgesteld of een vrouw nog over voldoende ovariële reserve beschikt, blijft leeftijd de belangrijkste parameter om de succeskans van IVF in te schatten. IVF-klinieken gaan hier, bij gebrek aan regelgeving en aan een gezamenlijke richtlijn, verschillend mee om.

Op de website van Freya (patiëntenvereniging voor mensen met vruchtbaarheidsproblemen) kunnen vrouwen opzoeken bij welke kliniek ze, gezien hun leeftijd, (nog) terecht kunnen voor een IVF-behandeling

### ***BMI***

### ***3.f. Leefstijlbeleid***

Overgewicht (meer specifiek een BMI hoger dan 29) geeft een verhoogd risico op vruchtbaarheidsstoornissen, op verminderde effectiviteit van zwangerschapsbevorderende behandelingen en op zwangerschapscomplicaties. Ook roken vermindert de vruchtbaarheid, en verkleint de

---

<sup>1</sup> Voor eiceldonatie is er in het modelprotocol Embryowet een leeftijdsgrens van 45 jaar benoemd mede op basis van een rapportage van de Gezondheidsraad.

***Roken***

succeskansen van zwangerschapsbevorderende behandelingen. In het Verenigd Koninkrijk wordt IVF niet vergoed door de NHS voor rokende vrouwen.

***Geen richtlijn, wel leefstijladviezen***

In Nederland geldt formeel geen restrictie voor het vergoeden van IVF aan vrouwen die roken of een ongunstige BMI hebben. Wel worden leefstijladviezen gegeven aan vrouwen die zich bij een arts melden met fertiliteitproblematiek.

Er is behoefte aan een nationale (multidisciplinaire) richtlijn voor de toepassing van IVF en het omgaan met leeftijd en leefstijlfactoren. Optimaliseren van de interventie is zeer gewenst vanuit het oogpunt van effectiviteit, veiligheid en kosteneffectiviteit.

## 4. Wetten en regels

### 4.a. Vergoeding in-vitrofertilisatie

***Apart als te verzekeren prestatie geregeld in de Zvw***

De IVF-behandeling is apart als te verzekeren prestatie benoemd in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dat betekent dat IVF-behandeling op dit moment gezien wordt als een behandeling die voorziet in de behoefte aan geneeskundige zorg, als geformuleerd in de considerans van de Zvw. In de Zvw is vervolgens vastgelegd dat maximaal drie pogingen voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komen. Ook zijn de vier fasen benoemd waaruit een poging kan bestaan en vanaf welk punt een IVF-poging als afgebroken wordt beschouwd. Sinds de opname in de Zvw is de te verzekeren prestatie tweemaal aangepast aan veranderende medische inzichten, onder andere op basis van de eerder genoemde doelmatigheidsstudie van ZonMw.

***Wijziging 1: cryo's***

De eerste maal betrof het het terugplaatsen van cryo-embryo's (geconserveerde embryo's). Sinds 2007 wordt het terugplaatsen van een cryo-embryo gerekend tot de poging waarin de cryo's zijn verkregen. (Voorheen werd het terugplaatsen van cryo's gezien als een nieuwe poging). Dit om te verhinderen dat teveel embryo's in een keer worden teruggeplaatst teneinde de kansen per poging te maximaliseren. Hierdoor ontstaat het risico op meerlingzwangerschappen.

***Wijziging 2: definitie poging***

Per 1-1-2010 is op advies van het CVZ het begrip "poging" nader gedefinieerd in de Zvw. Er is pas sprake van een poging als er een geslaagde punctie heeft plaatsgevonden. Ook hier was het motief voor de wijziging gelegen in het risico van overbehandeling (door hormoonstimulatie), uitgelokt door het maximum van drie pogingen. Aanvankelijk kon ook na fase 1, de hormoonstimulatie, al sprake zijn van een poging, ook als deze niet tot een rijpe eicel had geleid. Vermindering van de hoeveelheid hormonen leidde dan automatisch tot een kleinere kans op succes omdat het aantal pogingen te snel was 'opgebruikt'.

Gelet op de werelddekking van de Zvw gelden voor IVF-behandelingen in het buitenland dezelfde vergoedingsregels (gebaseerd op de in de Zvw omschreven prestatie) als in Nederland: maximaal drie pogingen, gebaseerd op SET of DET. In de praktijk is dit moeilijk controleerbaar door verzekeraars.

### 4.b. Overige wettelijke regelingen

#### 4.b.1. Inleiding

Voor in-vitrofertilisatie is naast de Zvw ook de Embryowet en de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) relevante wetgeving. Deze wetten richten zich op instellingen die zich

bezighouden met het aanbieden van IVF. De Zw is gericht op te verzekeren geneeskundige zorg. Voor de Nederlandse situatie worden in de WBMV en de Embryowet ethische en morele elementen en kwaliteitscriteria voor de IVF zorg geregeld. Deze beperkingen hebben de afgelopen jaren geleid tot bijzondere vraagstukken waar ook onder de Ziekenfondswet al sprake van was.

#### *4.b.2. De Wet Bijzondere Medische Verrichtingen*

De WBMV geeft de minister van VWS de mogelijkheid om ontwikkelingen rond bepaalde medische verrichtingen te stimuleren, te concentreren, af te remmen of te verbieden. Een van de sturingselementen betreft het toekennen van vergunningen voor IVF-klinieken. Ziekenhuizen die geen vergunning hebben mogen geen IVF-behandelingen uitvoeren. Wel bestaan er samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en IVF-klinieken, waarbij een ziekenhuis het voor- en natraject van de behandeling uitvoert.

In de WBMV is tevens geregeld dat vergunningsplichtige instellingen hun resultaten moeten registreren<sup>2</sup>.

#### *4.b.3. De Embryowet*

De Embryowet is in werking getreden in 2002. Binnen de Embryowet wordt een drietal onderwerpen nader geregeld vanuit het oogpunt van het respect voor het menselijk leven:

- Welke handelingen met menselijke geslachtscellen en embryo's verboden zijn (bijvoorbeeld het kweken van embryo's).
- Onder welke voorwaarden handelingen met menselijke geslachtscellen en embryo's ter verbetering van de medische zorg toelaatbaar zijn.
- Regels betreffende de zeggenschap over geslachtscellen en embryo's.

#### *4.b.4. vraagstukken rond IVF en de WBMV en Embryowet*

Over de volgende onderwerpen zijn standpunten naar aanleiding van geschillen of adviesaanvragen geformuleerd:

- Hoogtechnologisch draagmoederschap voor vrouwen zonder baarmoeder is op juridische gronden niet als te verzekeren zorg aan te merken (CVZ standpunt 26035826).
- Eiceldonatie is niet afzonderlijk geregeld onder de Zw. Voor eiceldonatie in Nederland is de Embryowet en het protocol embryowet relevant. In Nederland geldt sinds 2003 ook de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting (sinds juni 2004) waarin het

---

<sup>2</sup> De hiervoor in het leven geroepen LIR ( Landelijke Infertiliteitsregistratie) ligt na een aanvankelijk positieve ontwikkeling stil door het ontbreken van structurele financiering.

Nederlandse beleid is vastgelegd dat anoniem donorschap niet mogelijk is. Eiceldonatie mag vanwege de Embryowet in Nederland alleen door bekende donoren worden gedaan en dient om niet plaats te vinden. In het modelprotocol gekoppeld aan de Embryowet wordt gedetailleerd ingegaan op indicaties, contra-indicaties en eisen aan vrijwillig donorschap (i.t.t. het buitenland; in bijvoorbeeld de VS, Engeland en Spanje betalen klinieken voor donatie van eicellen). In het buitenland geldt slechts het recht op IVF onder de Zvw. Betaalde eiceldonatie en anoniem donorschap is in de omringende landen wel mogelijk. Dit is dan ook regelmatig een reden voor IVF buiten de landsgrenzen. (CVZ standpunt 26084415)

- IVF/ICSI na TESE. TESE is zorg conform de internationale stand van wetenschap en praktijk en daarmee verzekerde zorg ZVW. In Nederland mag TESE alleen uitgevoerd worden in het kader van wetenschappelijk onderzoek na toestemming van de CCMO (Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek). (CVZ standpunt 26061391)
- Om preïmplantatie genetische diagnostiek uit te kunnen voeren is IVF als techniek noodzakelijk. De preïmplantatie genetische diagnostiek valt onder de te verzekeren prestatie klinische genetica. IVF is hierbij een hulpmiddel, en niet zozeer een behandeling voor subfertiliteit. Het betreft paren die vanwege een ernstige erfelijke aandoening aanspraak maken op medisch specialistische klinisch genetische zorg. (CVZ standpunt 28068741.)
- In 2007 heeft CVZ een standpunt geformuleerd ten aanzien van cryopreservatie en transplantatie van ovariumweesfel voor behoud van de ovariumfunctie of fertiliteit. De conclusie was dat dit nog geen zorg overeenkomstig de stand van wetenschap en praktijk is en dus geen te verzekeren prestatie Zvw. (opgenomen in CVZ pakketadvies 2008)

#### ***4.c. Behandelingen in het buitenland***

Gelet op de vrijheid van personenverkeer kan een verzekerde de zorg ook in het buitenland verkrijgen. Al voor de invoering van de Zvw waren er grensoverschrijdende vraagstukken aan de orde waar de te vergoeden zorg in het buitenland niet synchroon loopt met aanvullende eisen in Nederland in aanpalende wetgeving.

Grensoverschrijdende zorg is bij fertiliteitszorg een bekend en groeiend fenomeen, ook in andere landen. Er zijn diverse

oorzaken die per land verschillen{Pennings, 2008 69 /id}  
.Grofweg zijn de redenen onder te verdelen in twee typen: het ontlopen van strengere eisen in het land van herkomst en het ontlopen van ongelijke toegang in het land van herkomst. In een vergelijkende studie onderscheiden Pennings c.s. zeven oorzaken van grensoverschrijdende fertiliteitszorg:

- Verbod op een bepaalde behandeling in eigen land (bijvoorbeeld eiceldonatie, anoniem donorschap of sekseselectie)
- Uitsluiting van bepaalde categorieën patiënten (lesbische paren, alleenstaanden)
- Te lange wachtlijsten in eigen land
- Te hoge kosten voor de patiënt
- Niet beschikbaar zijn van bepaalde expertise in eigen land (bijvoorbeeld pgd)
- Behandeling wordt in eigen land niet als veilig ervaren
- Persoonlijke wensen, bijvoorbeeld privacy-overwegingen

## 5. Dilemma's

### **5.a. Risico's**

Bekende risico's van IVF zijn de grotere kans op meerlingen en het risico van hormonale overstimulatie. In hoofdstuk 4 is uiteengezet dat de beroepsgroep in Nederland zich inspant om deze risico's zoveel mogelijk te reduceren.

### **5.b. Terughoudend of ruimhartig**

**Patiënt wil soms meer**

Het terughoudende Nederlandse beleid rond afwachten, hormonale stimulatie en aantal terugplaatsingen wordt niet altijd onderschreven door de patiënt. Patiënten voelen zich niet altijd begrepen in hun kinderwens en dringen aan op behandelingen met een grotere of eerdere succeskans. Indien men geen gehoor vindt, wijkt men uit naar een behandeling in het buitenland.

Ook tussen artsen onderling zijn er verschillen in de mate waarin men tegemoet komt aan de vraag van de wensouders.

### **5.c. IVF en het buitenland**

Zorgverzekeraars moeten ook behandelingen vergoeden die in een ander land plaatsvinden, mits conform de bepalingen in de Zvw tegen een marktconform tarief op basis van de situatie in Nederland. Die zorg wordt dan wel gegeven volgens de ethische en medische normen van dat andere land. Hier kan discrepantie optreden met de Nederlandse normen.

**Commerciële eiceldonatie**

Een voorbeeld van zo'n discrepantie is de commerciële eiceldonatie. Dit is in ons land verboden. Steeds meer Nederlandse paren gaan daarom naar Spanje of Rusland, waar jonge vrouwen voor veel geld eicellen afstaan voor anonieme donatie. De behandeling voor eiceldonatie wordt niet vergoed, de daarop volgende IVF-behandeling wel.

Anonieme donatie (van ei- of zaadcellen) geeft risico's voor de toekomst van het kind als er onduidelijkheid is over de erfelijke voorgeschiedenis.

**Aantal terugplaatsingen**

Een ander voorbeeld betreft het aantal terugplaatsingen. Formeel worden slechts behandelingen vergoed die conform de bepalingen in de Zvw worden uitgevoerd, maar dit is voor verzekeraars moeilijk te controleren. Wanneer een meerlingzwangerschap optreedt, zijn de kosten ervan (vroeggeboorte, verhoogd risico op complicaties tijdens de zwangerschap) voor de Nederlandse zorgverzekeraar. Hetzelfde geldt voor hormonale stimulatie. Het terughoudend beleid dat in Nederland steeds meer wordt toegepast als dat mogelijk is, hoeft in het buitenland niet op die manier te worden toegepast.

**Hormonale stimulatie**

In Nederland wordt geen IVF uitgevoerd als de artsen denken

**Zinvol of niet**

dat het niet zinvol is. Ook dat valt buiten het zicht van de verzekeraar als de behandeling in het buitenland plaatsvindt.

**Behandeling of hulpmiddel**

#### **5.d. Voortschrijdende technologie**

IVF is ontwikkeld als techniek om de gevolgen van subfertiliteit op te heffen. Dat is ook de basis voor de vergoeding via de Zvw. Door de voortschrijdende technologie wordt IVF echter meer en meer ingezet als hulpmiddel om andere behandelingen mogelijk te maken. Eerder is de preïmplantatie genetische diagnostiek al genoemd.

**Eiceldonatie en eicelbevriezing**

De mogelijkheden van eiceldonatie en eventueel toekomstige eicelbevriezing bieden ook een uitbreiding van de IVF-toepassingen, omdat leeftijd als begrenzing van de effectiviteit daarbij minder een rol speelt. De kansen op zwangerschap nemen daardoor toe, ook voor oudere moeders, maar over de lange termijngevolgen voor moeder en kind is nog nauwelijks iets bekend.

#### **5.e. Incongruentie in de regelgeving**

**Sterilisatie niet, IVF wel**

Sterilisatie is een ingreep die niet wordt vergoed uit de basisverzekering, evenmin als hersteloperaties om deze ingreep weer ongedaan te maken.

Er is echter geen belemmering om een IVF-behandeling in te zetten als er sprake is van infertiliteit na sterilisatie. Dit valt onder de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet.



## 6. Beoordeling van IVF-behandelingen als te verzekeren zorg

### 6.a. Het domein van de ZVW

**Behoeft**  
**aan**  
**geneeskundige**  
**zorg**

Voor de beantwoording van de vraag of een bepaalde interventie valt onder het domein van de Zvw is de considerans van de wet van belang. Daarin is beschreven dat de Zvw een verzekering beoogt te bieden tegen “*de gevolgen van behoefte aan geneeskundige zorg*”.

**Subfertiliteit een**  
**ziekte?**

Een IVF-behandeling wordt toegepast bij in- of subfertiliteit. De vraag kan dan gesteld worden of in- of subfertiliteit beschouwd kan worden als een ziekte.

In dat kader is wel eens aangevoerd dat dat niet zo is, omdat in-of subfertiliteit het dagelijks functioneren van de betrokkene in fysieke zin niet belemmert en omdat in- of subfertiliteit geen invloed heeft op de levensverwachting.

Bij vruchtbaarheidsbehandelingen speelt ook de vraag een rol wat het ‘normaal functioneren van een orgaan’ precies inhoudt. Bij vrouwen die de overgangsleeftijd hebben bereikt kan men namelijk niet spreken van gebrekkig functioneren want dan is er sprake van een natuurlijk proces van verminderde vruchtbaarheid, en niet van een aandoening<sup>3</sup>.

**WHO en ICD-10**

Internationaal gezien wordt in- of subfertiliteit wel als aandoening aangemerkt. De World Health Organization (WHO) heeft infertiliteit opgenomen in de lijst van aandoeningen: international classification of diseases (ICD-10), en daar gedefinieerd als het biologisch onvermogen tot voortplanting. Ook de Centrale Raad van Beroep heeft in 1985 uitgesproken dat er bij infertiliteit sprake is van een ziekte (RZA 1987/25). De Centrale Raad omschrijft ziektekosten (ook) als ‘kosten welke voortvloeien uit een geconstateerd niet of gebrekkig functioneren van een orgaan en een daarop volgend besluit tot medische behandeling, strekkende tot het bereiken van een resultaat dat bij normaal functioneren van dat orgaan zonder een dergelijke behandeling kan worden bereikt’.

Het CVZ concludeert daarom dat IVF-behandelingen voorzien in de behoefte aan geneeskundige zorg bij in- of subfertiliteit en daarmee in beginsel vallen onder het domein van de Zvw.

### 6.b. Pakketprincipes

**4 principes**

De volgende vraag is dan of een bepaalde interventie wel of niet deel zou moeten uitmaken van het verzekerde basispakket. Om die vraag te kunnen beantwoorden heeft het CVZ een beoordelingskader ontwikkeld. Dit beoordelingskader is te onderscheiden in een assessment- en een appraisalfase.

<sup>3</sup> Bij sommige vrouwen is sprake van een vervroegde menopauze, soms al rond het dertigste jaar. Dit geldt wel als een aandoening; het begrip ‘normaal’ hangt dus samen met wat medisch als fysiologisch wordt gezien.

### **Assessment en appraisal**

De assessmentfase bestaat uit een viertal nevenschikte principes: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid<sup>4</sup>. De assessmentfase bestaat in beginsel uit het genereren van meetbare, objectieveerbare gegevens over een interventie.

Het begrip noodzakelijkheid speelt zowel in de assessmentfase als in de appraisalfase een rol. In de assessmentfase gaat het er vooral om de noodzakelijkheid van de zorg zelf, vanwege de ernst van de ziekte, vast te stellen. Dit gebeurt door het berekenen van de ziektelast. Voor het bepalen of zorg noodzakelijk te *verzeker*en zorg is, moet vervolgens worden vastgesteld of het maatschappelijk gezien nodig of aangewezen is om de zorg te verzekeren. Dit gebeurt in de appraisalfase.

### **6.c. Ziektelast**

Een eerste stap bij het beantwoorden van de noodzakelijkheidsvraag in de assessmentfase bestaat uit het vaststellen van de ziektelast.

In een studie naar de ziektelast van een breed scala aan aandoeningen<sup>9</sup> is een internationale ziektelastbepaling vertaald naar de Westeuropese, danwel Nederlandse situatie. Infertiliteit in algemene zin kreeg in de internationale versie een gewicht van 0.12 – 0.24 terwijl de West-Europese-Nederlandse bepaling een score van 0.11 kreeg voor infertiliteit op basis van een geslachtsziekte. Dit op een schaal van 0 tot 1, waarbij 0 staat voor de laagste, namelijk geen ziektelast en 1 voor de hoogste.

### **Psychisch lijden**

Bij mensen met een onvervulde kinderwens is vaak sprake van, soms ernstig, psychisch lijden en verlies aan zingeving. Een onvervulde kinderwens kan grote gevolgen hebben voor het psychisch welbevinden. Dit is bij vrouwen vaker het geval dan mannen.

### **Inventarisatie argumenten**

### **6.d. Noodzakelijkheid**

Het CVZ heeft de argumenten, die een rol spelen bij het pakketcriterium noodzakelijkheid in de appraisalfase, systematisch geïnventariseerd en geordend. Hierbij heeft het CVZ ondersteuning gevraagd aan De Argumentenfabriek, een bedrijf dat is gespecialiseerd in het systematisch verzamelen van argumenten rond een controversieel thema.

De primaire inventarisatie is gehouden onder medewerkers van het CVZ. In een drietal denksessies zijn zoveel mogelijk

---

<sup>4</sup> Zie voor een nadere uitleg over de pakketprincipes de rapporten Pakketbeheer in de praktijk (CVZ, publicatienummer 245, 2006) en Pakketbeheer in de praktijk 2 (CVZ, publicatienummer 277, 2009)

**Het genereren van argumenten** argumenten gegenereerd die een rol kunnen spelen in het maatschappelijk denken over dit onderwerp. Vervolgens zijn de onderwerpen gegroepeerd naar medische, ethische, sociale en financiële argumenten. Elke invalshoek kent voor- en tegenargumenten.

**Inhoudelijke toetsing bij belanghebbenden** Voor de inhoudelijke toetsing heeft het CVZ mensen uitgenodigd van diverse maatschappelijke achtergrond. De vraag naar noodzakelijkheid betreft niet alleen medische of patiëntenbelangen, maar heeft in essentie te maken met het beroep op de solidariteit, die aan de basisverzekering ten grondslag ligt. Naast patiëntenorganisaties en medisch deskundigen zijn vertegenwoordigers van werkgevers, werknemers, verzekeraars en dergelijke uitgenodigd. Het was niet haalbaar, en in dit stadium ook niet noodzakelijk, dat de deelnemers namens een bepaalde achterban zouden spreken. Wel dat ze in hun reacties het perspectief van hun organisatie in acht zouden nemen.

Bijlage 2 bevat een lijst van deelnemers aan de denksessie.

**Werkwijze** De sessie heeft allereerst een aantal nieuwe argumenten opgeleverd die aan de argumentenkaart zijn toegevoegd. De deelnemers hebben daarna aangegeven welk van de argumenten pro en contra zij het meest van belang achtten. Ook hebben zij een keuze gemaakt uit de vanuit hun perspectief gezien belangrijkste argumenten pro en contra.

#### **Weging van de argumenten**

**Vooraf voorstanders aanwezig** De deelnemers, afkomstig uit o.a. patiëntenbeweging, vakbond en de betrokken beroepsgroepen, waren unaniem in hun opvatting dat het noodzakelijk is om IVF-behandelingen vanuit de basisverzekering te vergoeden. Het CVZ tekent hierbij aan dat de deelnemers geen representatieve afspiegeling van de samenleving waren.

Het CVZ merkt op, dat bij de verzamelde argumenten niet alleen noodzakelijkheidsvragen aan de orde komen, maar dat een aantal argumenten ook betrekking heeft op de overige pakketprincipes. Zo is de (kosten)effectiviteit door verschillende deelnemers genoemd als reden om dit te blijven vergoeden.

#### **Argumenten voor vergoeding uit het basispakket**

**kwaliteit** Bijna alle deelnemers vinden dat het deel uitmaken van IVF van het basispakket een belangrijke waarborg vormt voor de kwaliteitsontwikkeling die rond deze interventie permanent aan de gang is. Dit vormt de basis voor de gezamenlijke lijn en de hoge kwaliteitsstandaard die de beroepsgroep weet te handhaven. Uitstroom zou de samenwerking ondergraven, omdat IVF dan plaatsvindt in een volledig vrije markt. De druk van paren op artsen voor bijvoorbeeld het terugplaatsen van meerdere embryo's zal toenemen.

***fundamenteel  
onderzoek***

Ook werd genoemd dat in- of subfertiliteit een hoge ziektelast met een existentieel karakter met zich mee kan brengen.

**Argumenten tegen vergoeding uit het basispakket**

De deelnemers vonden de argumenten tegen vergoeding uit het basispakket niet overtuigend, maar wilden wel meedenken over tegenargumenten.

Een belangrijk argument dat nog niet eerder was genoemd, was dat het succes van IVF remmend werkt op het doen van nieuw onderzoek naar de oorzaken van verminderde vruchtbaarheid. Ook werd genoemd dat uitstroom uit het basispakket de zorgkosten op korte termijn zou verminderen. Op langere termijn zullen de kosten waarschijnlijk toenemen als gevolg van bijvoorbeeld meerlingzwangerschappen of overstimulatie.

Een afdruk van de Argumentenkaart die is samengesteld na de denksessie is als bijlage bij dit rapport gevoegd.

***6.e. Conclusie over IVF als noodzakelijk te verzekeren behandeling***

Het CVZ concludeert op basis van de verzamelde gegevens en de aangedragen argumenten dat er vooralsnog onvoldoende redenen zijn om IVF op grond van het noodzakelijkheids criterium uit het basispakket te halen. Het CVZ heeft hierbij de volgende overwegingen:

- IVF-behandeling maakt deel uit van een breder repertoire aan fertiliteitsbehandelingen en heeft daarin in het kader van stepped care een eigen plaats. De interventie is inmiddels voldoende ingeburgerd en maatschappelijk aanvaard.
- Voor paren die het treft is in- of subfertiliteit een aandoening met een redelijk hoge ziektelast
- De beroepsgroep geeft aan dat de huidige positionering binnen de Zvw een waarborg vormt voor de hoge kwaliteitsstandaard
- Deze behandeling is kwetsbaar voor een minder zorgvuldige benadering indien commerciële partijen bepalend zijn. Ook de druk van de wensouders speelt dan een grotere rol.

## 7. Bestuurlijke consultatie

Het CVZ heeft het conceptrapport Pakketadvies 2010 en de bij dat conceptrapport behorende bijlagen voorgelegd aan een groot aantal partijen. Van het IVF-rapport is alleen de verkenning voorgelegd, omdat de denksessie over noodzakelijkheid nog niet had plaatsgevonden.

### **Reactie OMS**

Vanuit de *Orde van Medisch Specialisten* heeft de NVOG (Nederlandse Vereniging Obstetrie en Gynaecologie) deelgenomen aan de denksessie over noodzakelijkheid van IVF-behandeling, maar heeft niet kunnen reageren op het conceptrapport. De OMS/NVOG wil graag betrokken blijven bij dit onderwerp.

### **Reactie NZA**

De NZA wijst op het risico van mogelijke grensproblematiek en marktongelijkheid in het algemeen voor ziekenhuizen in geval uitstroom van de IVF-behandelingen aan de orde zou zijn. De NZA vraagt aandacht voor het risico op vergoeding in het buitenland, als een uitstroombesluit over IVF onvoldoende onderbouwd zou zijn aan de hand van objectieve criteria.

### **Reactie CVZ**

Het CVZ heeft in het IVF-rapport niet meer dan een verkenning gedaan naar de vraag, of IVF-behandelingen tot de noodzakelijk te verzekeren zorg moeten behoren. Van een uitstroombesluit zal op korte termijn geen sprake zijn. Mocht dit op een later tijdstip wel aan de orde zijn, dan zal het CVZ de juridische impact van een dergelijk besluit in relatie tot zorg in het buitenland nadrukkelijk in zijn overwegingen betrekken.

## 8. Adviescommissie Pakket

De ACP adviseert de verkenning IVF uit te brengen. Het CVZ heeft de ACP twee opties voorgelegd met betrekking tot het vervolg van het IVF-traject: doorgaan met de beoordeling aan de hand van het pakketprincipe noodzakelijkheid, of vooralsnog uitgaan van handhaven in het basispakket en beoordelen van de volgende aspecten:

- effectiviteit van vruchtbaarheidsbehandelingen:
- uitvoeringskwesties rond bijvoorbeeld de vergoeding van zorg in het buitenland.

De ACP adviseert de RvB te kiezen voor de tweede optie. De eerste vraag is voldoende beantwoord met de verkenning. Verder adviseert de ACP om goed te communiceren met de beroepsgroep, die in september de richtlijn hoopt af te ronden, en met ZonMw die een onderzoekslijn heeft naar effectiviteit van de IVF-behandeling. Overgewicht en roken zijn belangrijke thema's bij dit dossier. Wat die factoren betreft adviseert de ACP om zorgvuldig om te gaan met de argumentatie: het moet gaan om medische afwegingen, niet om een vorm van 'straffen' voor ongezond gedrag.

## 9. Tot slot

Met deze verkenning heeft het CVZ in beeld gebracht wat er speelt in de huidige IVF-praktijk en welke argumenten er zijn om deze behandeling al dan niet te (blijven) vergoeden vanuit de basisverzekering.

### ***Geen uitstroomadvies***

Het CVZ adviseert om de behandeling vooralsnog vanuit het noodzakelijkheidsperspectief te blijven vergoeden vanuit de basisverzekering. Het CVZ verwacht dat de in ontwikkeling zijnde richtlijn het behandelproces verder kan optimaliseren en zal deze ontwikkelingen vanuit het effectiviteitscriterium actief blijven volgen. Daarnaast zal het CVZ de verbinding met de regelgeving blijven monitoren.

### ***Richtlijn***

Indien er ontwikkelingen zijn die aanleiding geven tot aanscherping of beperking van de aanspraak voor bepaalde doelgroepen, dan zal het CVZ hier opnieuw naar kijken.

Ook zal het CVZ bestaande knelpunten en inconsistenties nader onderzoeken en waar mogelijk verbeteradviezen formuleren. Ook de (kosten)effectiviteit van de IVF-behandeling blijft een aandachtspunt voor het CVZ.

## **College voor zorgverzekeringen**

*Voorzitter Raad van Bestuur*

dr. P.C. Hermans

## Bijlage 2 Lijst van deelnemers

1. Dhr. J. Laven, hoogleraar voortplanting Erasmus Universiteit, voorzitter Dutch Society Reproductive Medicine. Namens NVOG.
2. Mw. T. Cox, fertiliteitsarts, namens Vereniging Fertiliteitsartsen.
3. Dhr. R. Schatz, gynaecoloog, VU, namens NVOG
4. Mw. E. Peters, verzekeringsarts, namens ZN
5. Mw. B. Oosterhuis, ervaringsdeskundige, namens patiëntenvereniging Freya
6. Mw. H. Nusselder, ervaringsdeskundige, voorzitter Freya
7. Dhr. H. van der Velden, namens vakcentrale FNV
8. Dhr. H. Brouwers, hoogleraar neonatologie, UMC Utrecht
9. Dhr. D. Consten, klinisch embryoloog, namens de Vereniging voor Klinische Embryologie (KLEM)
10. Inbreng per e-mail: dhr G. van Hoof, verzekeringsarts, namens VAGZ<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Verzekeringsartsen (VAGZ) hebben per e-mail het volgende aangegeven. Zij zien de discussie over IVF in het bredere kader van vruchtbaarheidsproblemen. De VAGZ maakt een voorbehoud voor opname in het basispakket. Behandelingen van fertilitietsproblemen op basis van medische oorzaken horen er wel in, maar wanneer het gaat om onbegrepen fertilitietsproblemen ligt dit minder voor de hand.



## Literatuurlijst

1. Jose-Miller AB, Boyden JW, Frey KA. Infertility. Am Fam Physician 2007;75:849-56.
2. Website IVF-centrum VUMC. Geraadpleegd in Maart 2010 via <http://www.vumc.nl/afdelingen/IVF-centrum/225948/225958/>.
3. Lintsen AME. IVF in Nederland. Kansen, levensstijl, psychologische factoren en kosten. Nijmegen, 2010. [Dissertation]
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Perinatal Risks Associated with IVF. 2007. Geraadpleegd in Maart 2010 via <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/SACPerinatalRisk2007.pdf>.
5. Jansen C, Kammen J van, Bonsel GJ, et al. Wetenschappelijke basis voor vruchtbaarheidszorg. Paraplustudie overbruggt de kloof tussen kennis en beleid. Medisch Contact 2006;61:779-82.
6. Pelinck MJ. Modified natural cycle IVF. Feasibility and results. Groningen, 2009. [Dissertation]
7. Rouwé B. Eerste IVF-baby geboren zonder hormoonkuur. NRC Handelsblad 2010;10 dec.:8.
8. Pennings G, Wert G de, Shenfield F, et al. ESHRE task force on ethics and law 15: cross-border reproductive care. Hum Reprod 2008;23:2182-4.
9. Stouthard MEA, Essink-Bot ML, Bonsel GJ. Disability weights for diseases: A modified protocol and results for a Western European region. Eur J Public Health 2000;10:24-30.

Wat zijn de argumenten voor en tegen opname van ivf in het basispakket?

VOOR

MEDISCH

**Pakketopname is nodig vanwege de hoge ziektelast**

Verminderde vruchtbaarheid is een ziekte met een hoge psychische ziektelast.

Ivf helpt verminderde vruchtbaarheid psychisch te verwerken, ook als kinderloosheid de uitkomst is.

**Ivf hoort in het pakket omdat het een effectieve behandeling is**

Ivf is effectief omdat het de kans op zwangerschap aanzienlijk vergroot.

**Pakketopname heeft medisch gewenste effecten**

Pakketopname maakt controle mogelijk op de uitvoering van ivf, zoals het aantal terug te plaatsen embryo's.

Pakketopname voorkomt medisch risicovolle en ondoelmatige behandelingen (in het buitenland).

Ivf stimuleert tot een gezonde leefstijl om de kans op zwangerschap te maximaleren.

Vrouwen die een zwangerschap hebben doorgemaakt, hebben een verlaagd risico op borstkanker.

ETHISCH

**Pakketopname is nodig omdat verminderde vruchtbaarheid onacceptabel is**

Het krijgen van een (genetisch) eigen kind is van grote existentiële waarde en draagt bij aan levensgeluk.

Mensen moeten de vrijheid hebben een gezin te stichten wanneer zij dat willen.

Adoptie is geen adequaat alternatief voor een zwangerschapswens.

**Pakketopname waarborgt de toegankelijkheid, bereikbaarheid en betaalbaarheid**

Opname van ivf in het pakket voorkomt dat ivf alleen voor rijke mensen beschikbaar is.

**Pakketopname is consistent met andere regelgeving**

Andere behandelingen voor (oorzaken van) verminderde vruchtbaarheid zitten ook in het pakket.

Ivf wordt in andere Europese landen ook vergoed.

SOCIAAL

**Pakketopname voorkomt ongewenste maatschappelijke effecten**

Pakketopname voorkomt ongewenste effecten zoals handel in eicellen, kinderen of embryo's.

Pakketopname vermindert de verdere ontgroening van de bevolking.

**Er is maatschappelijk draagvlak voor pakketopname**

Mensen gunnen het anderen om via ivf een eigen kind te krijgen en willen daar aan bijdragen.

FINANCIEEL

**Pakketopname is nodig omdat patiënten de kosten niet zelf kunnen dragen**

Veel mensen kunnen ivf niet bekostigen (de totaalkosten van drie pogingen zijn circa 10.000 euro).

**Pakketopname is financieel gunstig voor de maatschappij**

De kosten-baten analyse van ivf is gunstig in vergelijking met andere vergoede behandelingen.

Een gezond kind uit een ivf-behandeling levert de maatschappij meer geld op dan het heeft gekost.

Pakketopname voorkomt medisch toerisme met vaak hoge herstel- en zorgkosten achteraf.

**Pakketopname leidt tot efficiëntere gezondheidszorg**

Pakketopname vergroot de vraag naar en ervaring met ivf waardoor ivf innovatiever en efficiënter wordt.

Pakketopname leidt tot regulering en daarmee tot kwalitatief hoogwaardige efficiënte zorg.

TEGEN

MEDISCH

**De ziektelast van verminderde vruchtbaarheid is geen reden voor pakketopname**

Verminderde vruchtbaarheid is geen ziekte maar een natuurlijke variatie.

De geestelijke gezondheidszorg kan de psychische effecten van verminderde vruchtbaarheid behandelen.

**Ivf hoort niet in het pakket omdat het geen effectieve behandeling is**

Bij sommige stellen is ivf kansrijker dan bij andere, gemiddeld slaagt slechts één op de vijf pogingen.

**Pakketopname heeft medisch ongewenste effecten**

Het succes van ivf remt nieuw onderzoek naar oorzaken van verminderde vruchtbaarheid.

Ivf is een risicovolle, lichamelijk en psychisch belastende ingreep in een gezond lichaam.

Als ivf mislukt, leidt dat in veel gevallen tot toename van psychisch lijden.

Pakketopname vergroot de vraag en dus het aantal mensen dat medische risico's loopt.

Pakketopname neemt prikkels weg voor vrouwen om gezond te leven.

ETHISCH

**Ivf hoort niet in het pakket omdat vruchtbaarheidsproblemen bij het leven horen**

Een genetisch eigen kind is een wens waarvoor de solidariteit niet mag worden aangesproken.

Kinderen neem je niet, kinderen krijg je.

Pakketopname belemmert acceptatie van verminderde vruchtbaarheid als iets dat bij het leven hoort.

Vrouwen die door hun ongezonde leefstijl verminderd vruchtbaar zijn, moeten daar zelf voor opdraaien.

**Ivf hoort niet in het pakket omdat het een onverantwoorde techniek is**

Er is nog (te) weinig bekend is over de effecten van ivf voor uit ivf geboren kinderen.

Ivf doorkruist de natuurlijke selectie en is daardoor risicovol voor de soort.

**Pakketopname is inconsistent met andere regelgeving**

Ivf valt buiten de definitie van noodzakelijk medische zorg voor illegalen.

De kosten voor niet-medische alternatieven als adoptie worden niet vergoed.

SOCIAAL

**Door pakketopname blijven ongewenste maatschappelijke effecten in stand**

Door pakketopname worden vrouwen niet gestimuleerd op jonge leeftijd kinderen te krijgen.

De ivf-techniek lokt ongewenste ontwikkelingen uit zoals handel in eicellen en embryoselectie.

Door ivf te vergoeden versterkt de overheid de illusie dat alles (medisch) maakbaar is.

**Pakketopname legt te veel nadruk op een genetisch eigen kind**

Pakketopname belemmert de maatschappelijke acceptatie van ongewenste kinderloosheid.

Pleegouderschap en adoptie bieden goede alternatieven voor ivf.

Pakketopname vermindert de bereidheid van mensen om kinderen te adopteren.

Er zijn al genoeg kinderen op de wereld.

FINANCIEEL

**Pakketopname is niet nodig omdat patiënten de kosten zelf kunnen dragen**

Ivf is een individuele keuze waar mensen voor kunnen sparen of lenen.

**Pakketopname maakt het stelsel minder houdbaar**

Pakketopname van ivf zet de deur open voor vergoeding van dure toekomstige technologie.

Pakketopname vergroot de vraag naar ivf en daarmee de kosten voor de maatschappij.

Beëindigen van de pakketopname levert op korte termijn een kostenbesparing op.

**Pakketopname vermindert de efficiëntie van de gezondheidszorg**

Er is een grote kans dat kinderen die uit ivf geboren worden later zelf dure zorg nodig hebben.

Door pakketopname blijft ivf duur omdat er geen prijsconcurrentie is.