Positief pakketadvies over vergoeding voor eiceldonatie

Het Zorginstituut adviseerde de minister van VWS om eiceldonatie op te nemen in het basispakket van de zorgverzekering. Een bijzonder advies, want de donor die hierbij nodig is, heeft geen medische indicatie.

Tekst Frank van Wijck
Beeld Dominika Zarzycka (ANP)

Vrouwen kunnen een medisch probleem hebben waardoor ze zelf geen goede of helemaal geen eicellen hebben. Hebben zij een kinderwens, dan hebben ze en eiceldonor nodig; zo maken ze gebruik van eicellen van een andere vrouw. Die eiceldonor moet een medisch traject doorlopen. Zij moet hiervoor immers een deel van een ivf-behandeling ondergaan: een hormonale behandeling om de rijping van eicellen in het lichaam te bevorderen en een aansluitende follikelpunctie (ingreep waarbij de eicellen uit de eierstokken gezogen worden). Dan volgt de bevruchting van de eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium. Daarna worden één of twee embryo's geïmplanteerd in de baarmoederholte van de wensmoeder.

Positief advies

De minister heeft het Zorginstituut gevraagd te onderzoeken of de zorgkosten van de eiceldonor kunnen worden vergoed uit de basisverzekering van de wensmoeder. Het onderzoek van het Zorginstituut leidde tot een positief advies. "We volgen hiermee de logica van ons advies over ivf-draagmoederschap", vertelt Janka Kahlman, senior adviseur bij het Zorginstituut.

Bijzonder advies

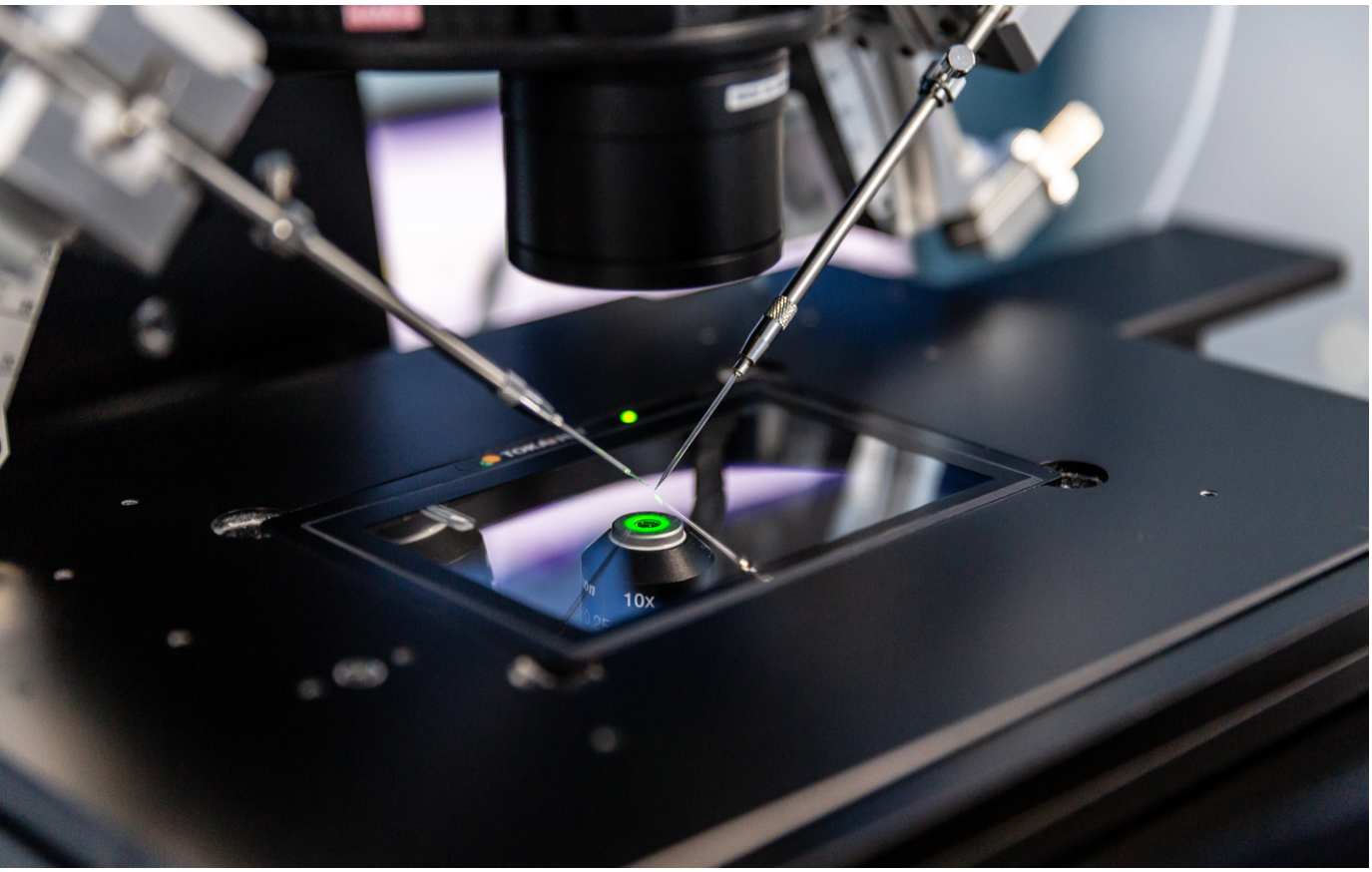
De financiële impact van dit nieuwe advies is niet heel groot, vertelt Kahlman. "Het betreft slechts weinig vrouwen op jaarbasis, en daarmee gaat het om een kostenpost van nog geen honderdduizend euro per jaar." Ondanks de bescheiden financiële impact is het toch een bijzonder advies, meent Kahlman: "De donor zelf heeft in dit geval geen medische indicatie. Zij komt daarmee in principe niet in aanmerking voor vergoeding van het medische traject dat zij moet doorlopen om de wensmoeder te kunnen helpen. Daarmee is het vergelijkbaar met ivf-draagmoederschap. Ook daarbij is immers sprake van een medische indicatie voor de behandeling van de wensmoeder, waarbij een draagmoeder nodig is die zelf geen medische indicatie heeft."
In beide situaties heeft het Zorginstituut een analogie gevonden met donatie bij leven. Net als in het geval van donatie bij leven is bij eiceldonatie ook sprake van een medische behandeling bij een derde die daarvoor zelf geen medische indicatie heeft. Als de medische kosten bij de eiceldonor ten laste van de zorgverzekering van de wensmoeder worden gebracht, is dit vergelijkbaar met de wettelijke regeling die is getroffen voor donatie bij leven. Dit om de donor niet financieel te hoeven belasten voor diens bereidheid tot donorschap.

"We zijn dus tot ons besluit gekomen op basis van het gegeven dat de wensmoeder een andere vrouw nodig heeft om de ivf-behandeling mogelijk te maken", zegt Kahlman. "Als de minister ons advies overneemt, wordt de ivf-behandeling volledig vergoed uit de basisverzekering van de wensmoeder."

> "Als de minister ons advies overneemt, wordt de ivf-behandeling volledig vergoed uit de basisverzekering van de wensmoeder"

"Basisverzekering is schadeverzekering"

Bij het besluit is bewust de kanttekening gemaakt dat de vrouw die de kinderwens heeft een medische indicatie moet hebben voor de ivf-behandeling en daarnaast ook zelf onder-



“Op zorginhoudelijke criteria wordt beoordeeld of iemand recht heeft op een ivf-behandeling. De afweging wordt voor iedereen op dezelfde manier gemaakt, namelijk vanuit medisch perspectief”

deel moet uitmaken van de ivf-behandeling. Kahlman: “Dit illustreert dat onze basisverzekering een schadeverzekering is, met de nodige voorwaarden. Je hebt slechts recht op vergoeding vanuit de basisverzekering als je een medische zorgvraag hebt. Daarnaast moet de medische behandeling waar je recht op hebt een antwoord zijn op je zorgvraag. Binnen de Zorgverzekeringswet wordt op zorginhoudelijke criteria beoordeeld of iemand recht heeft op een ivf-behandeling. De afweging wordt dus voor iedereen op dezelfde manier gemaakt, namelijk vanuit medisch perspectief.
Een voor een eiceldonatie benodigde ivf-behandeling is een behandeling die kan worden ingezet als er een ‘vruchtbaarheid gerelateerde zorgvraag’ is. Een verzekerde die aan de criteria van de Zorgverzekeringswet voldoet, krijgt een ivf-behandeling vergoed. Omdat de verzekerde een geneeskundige zorgvraag moet hebben en de zorg is bedoeld ter bevordering van de vruchtbaarheid van de verzekerde zelf is, moet zij zelf onderdeel uitmaken van de ivf-behandeling. Een ivf-behandeling bestaat uit vier stappen. Een verzekerde dient bij minstens één van deze vier stappen zelf betrokken te zijn als zij de ivf-behandeling vergoed krijgen.”

Dit betekent dus ook dat een verzekerde de ivf-behandeling niet vergoed krijgt als zij een kinderwens heeft die los staat van een vastgesteld vruchtbaarheidsprobleem. Een verzekerde heeft recht op de ivf-behandeling, niet vanwege de (mogelijke) uitkomst van de behandeling, maar vanwege diens zorgvraag (de indicatie). Daarnaast moet ze voldoen aan de overige voorwaarden die in de wet- en regelgeving zijn gesteld, zoals de leeftijdsgrens.