



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA en OWM  
Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA, beide te  
Tilburg

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, 10e IUI-D behandeling

Zaaknummer : 201501316

Zittingsdatum : 2 maart 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg,  
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 CZ Basis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een tiende, elfde en twaalfde IUI-poging, uit te voeren in Gent, België, (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 maart 2015 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 1 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 7 oktober 2015 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).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 januari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 januari 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 januari 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 februari 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 6 januari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 januari 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016002392) bij wege van voorlopig advies aan de commissie medegedeeld dat het geschil de omvang van de zorg betreft, waarbij de indicatie niet ter discussie staat. Het is aan de ziektekostenverzekeraar de omvang en de doelmatigheid van de zorg te beoordelen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 maart 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 4 maart 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 11 maart 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een afschrift van dit advies is met het bindend advies aan partijen gezonden.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster en haar echtgenoot kunnen niet op natuurlijke wijze kinderen krijgen, omdat is gebleken dat de man onvruchtbaar is. Verzoekster is eind 2011 na de eerste KID (IUI-D) behandeling zwanger geworden. Uit deze zwangerschap is een zoon geboren. In 2013 is een nieuwe behandeling met IUI gestart, omdat verzoekster en haar echtgenoot graag een tweede kindje willen. Zij heeft hiervoor steeds per drie behandelingen een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De eerste drie aanvragen zijn door de ziektekostenverzekeraar goedgekeurd. Aangezien de behandelend artsen in het UZ Gent de behandeling doelmatig vinden, had verzoekster niet verwacht dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor de tiende, elfde en twaalfde IUI-poging zou afwijzen.
- 4.2. Verzoekster deelt de mening van de ziektekostenverzekeraar - dat de behandeling vanaf de tiende IUI-poging niet-doelmatig is - niet. Ten eerste zijn de behandelend artsen van mening dat de behandeling wél doelmatig is. Ten tweede is geen sprake van een ongewijzigde voortzetting van de behandeling. Om de kans op een zwangerschap te vergroten, is de medicatie namelijk tussentijds aangepast. En ten derde is gebleken dat de tiende poging doelmatig was, omdat verzoekster door deze tiende IUI-poging zwanger is geworden.
- 4.3. De behandelend arts heeft op 2 april 2015, naar aanleiding van de afwijzende beslissing, een toelichting gegeven waarom de aangevraagde behandeling ná de negende gefaalde poging toch doelmatig is. De arts verklaart: *"De zwangerschapskansen met IUI-KID zijn gelijkaardig aan de kans op spontane conceptie wanneer er bij de vrouw geen fertiliteitsbelemmerende factoren zijn. Het is daarom rationeel en verantwoord om 12 cycli uit te voeren, net zoals men in de algemene bevolking*

*gedurende 12 maanden spontane conceptiekansen tracht af te wachten vooraleer over te gaan tot vruchtbaarheidsbehandelingen. Na 12 maanden conceptiegerichte coïtus kan men immers uitgaan van een cumulatief zwangerschapscijfer van 80%. Gezien de kostprijs van donorsperma en de praktische besommeringen omtrent IUI-KID, is het redelijk om de time-to-pregnancy zo kort mogelijk te houden. Vandaar dat bij bovengenoemd koppel werd besloten een ovariële hyperstimulatie uit te voeren, teneinde de kansen per cyclus te verhogen. De doelmatigheid van deze behandeling heeft zich inmiddels bewezen, daar mevrouw zwanger blijkt te zijn, na de 10e IUI-KID cyclus."*

- 4.4. Verzoekster heeft gelezen dat er geen numerieke beperkingen zitten aan het aantal IUI-pogingen. Er wordt wel verwezen naar een algemene richtlijn, waarbij naar mening van verzoekster wordt uitgegaan van het doorzetten van de pogingen op dezelfde wijze, en waarbij niet wordt gekeken naar individuele veranderingen binnen het traject. Binnen deze richtlijn wordt aangenomen dat na negen pogingen de kans op slagen van de IUI-behandeling gelijk blijft dan wel kleiner wordt. Dit laatste wordt door de behandelend artsen tegengesproken. Het lijkt verzoekster dat voornoemde richtlijn op haar niet van toepassing is, aangezien bij de tiende IUI-poging is gekozen voor aanpassing van de medicatie.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat haar persoonlijke situatie anders is, in die zin (zoals door de arts van het UZG is geschreven) dat de cyclus is verhoogd door een andere vorm van stimulatie, en dat daarom ook de tiende en volgende IUI-pogingen moeten worden vergoed. In het aanvraagformulier van de ziektekostenverzekeraar wordt hier niet naar gevraagd. Toch houdt de ziektekostenverzekeraar vast aan het maximum van negen IUI-pogingen. Daarnaast gevraagd bevestigt verzoekster dat eerder negen IUI-pogingen hebben plaatsgevonden, en dat zij na de tiende poging zwanger is geworden. De pogingen worden steeds in series van drie aangevraagd. De tiende, elfde en twaalfde poging zijn aangevraagd tegen de achtergrond van van de andere vorm van stimulatie. Bij de eerste negen IUI-pogingen heeft verzoekster tabletten gebruikt, voor de tiende poging is overgegaan op injecties. Er bestaat een risico op aantasting van het baarmoederslijmvlies, waardoor het eitje niet blijft 'hangen'. Aangezien verzoekster eerder zwanger was geworden met behulp van IUI, na stimulatie met tabletten, is eerst gestart met tabletten, en is bij de tiende IUI-poging overgestapt op injecties. Verzoekster merkt op dat zij ook voor IVF had kunnen kiezen. Dit zou duurder zijn geweest, en dan had zij de injecties ook gekregen. Zij had ook eerder kunnen overstappen op de injecties.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat alleen aanspraak op medisch-specialistische behandelingen indien de verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 5.2. Verzoekster heeft een aanvraag ingediend voor de tiende, elfde en twaalfde IUI-poging. De eerste tot en met de negende IUI-poging hebben geen resultaat gehad. De nieuwe pogingen kunnen derhalve niet als doelmatige zorg worden beschouwd. Dat achteraf is gebleken dat de tiende IUI-poging wel effectief was, doet aan het voorgaande niet af. De aanspraken ten laste van de zorgverzekering zijn namelijk niet gebaseerd op de resultaten van individuele behandelingen, maar op de inschatting van de effectiviteit en/of doelmatigheid van de behandeling als zodanig.
- 5.3. Op basis van de landelijke werkrichtlijn subfertiliteit bestaat geen indicatie voor een tiende IUI-poging. In richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) wordt ook geadviseerd om maximaal negen IUI-pogingen aan te bieden. Hier is het volgende vermeld: *"De gynaecoloog behandelt in overleg paren met een onverklaarde subfertiliteit en een spontane zwangerschapskans kleiner dan 30% met minimaal 3 en maximaal 9 behandelcycli IUI met milde ovariële hyperstimulatie."*

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de doelmatigheid door hem wordt bepaald. Op basis van de richtlijnen van de NVOG uit 2010 zijn de tiende en volgende IUI-pogingen niet doelmatig. Verzoekster stelt dat haar situatie anders is. Echter, de arts bepaalt de behandeling, en het feit dat vanaf de tiende IUI-poging injecties worden gegeven in plaats van tabletten, is zijn keuze. Dat verzoekster zwanger is geworden is natuurlijk mooi, maar dit maakt de behandeling niet doelmatig. De doelmatigheidsvraag wordt vooraf beantwoord. IVF wordt alleen vergoed indien hiervoor een indicatie is. IVF is niet hetzelfde als IUI.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 verzoekster aanspraak heeft op de tiende IUI-poging, uitgevoerd in het UZ Gent, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. De aangevraagde elfde en twaalfde IUI-poging zijn niet uitgevoerd (omdat verzoekster door de tiende poging zwanger is geworden), en zijn dus niet meer in geschil.

## 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.3 e.v. van de zorgverzekering.

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

*“Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg valt hier ook onder, maar deze beschrijven wij in artikel B.19.2. en B.19.3.  
(...)”*

8.4. Artikel A.3.2 van de zorgverzekering bepaalt de inhoud en omvang van de verzekerde zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

*“De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen. In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:  
(...)”*

*• u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.*

*(...)”*

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

**"B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland**

**Zorg: waar hebt u recht op?**

*Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:*

- *zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of*
- *(vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.*

**Let op!**

*Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.*

**B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont**

**Zorg: waar hebt u recht op?**

*Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.*

*Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben we wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.*

*(...)"*

- 8.6. De artikelen A.3.2, B.2 en B.4 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4 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.  
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.  
Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.  
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, 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. Verzoekster is naar België, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Deze aanvraag is op 24 februari 2015 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. De eerste van de aangevraagde IUI-pogingen heeft eveneens op 24 februari 2015 plaatsgevonden.

Een verzekerde is gehouden de verzekeraar een redelijke termijn te gunnen voor de verwerking van het verzoek om toestemming. Gezien de medische situatie van verzoekster is een termijn van minder dan één dag niet te beschouwen als een redelijke termijn, zodat de situatie vergelijkbaar is met die waarin voorafgaand aan de behandeling in het geheel geen toestemming is gevraagd. De verordening vindt derhalve geen toepassing en er dient te worden getoetst aan artikel B.4 van de zorgverzekering.

9.2. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel B.4, aanspraak op medisch specialistische zorg, waaronder IUI-behandelingen. Dat verzoekster hiervoor een indicatie heeft, vormt geen onderwerp van geschil. Gezien het feit dat eerdere pogingen zijn vergoed, wordt verzoekster het ontbreken van voorafgaande toestemming - althans in het kader van de zorgverzekering - kennelijk niet tegengeworpen. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is dus uitsluitend de vraag of sprake is van doelmatige zorg.

De eis dat een bepaalde vorm van zorg of dienst voor een verzekerde doelmatig dient te zijn, behoort gelet op de Nota van Toelichting bij artikel 2.1 lid 3 Bzv, tot de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar. In onderhavig geval is de doelmatigheid omschreven in artikel A.3.2 van de zorgverzekering. Hiermee is de juridische basis gelegd voor de beoordeling. De commissie komt ten aanzien daarvan een integrale toetsingsbevoegdheid toe.

9.3. Verzoekster had op het moment van aanvraag reeds negen IUI-pogingen ondergaan, alle op advies van de behandelend arts in het UZ Gent. De ziektekostenverzekeraar heeft deze negen IUI-pogingen vergoed, en vergoeding van de tiende en volgende pogingen afgewezen omdat deze niet doelmatig worden geacht.

9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft zich in dit verband beroepen op de richtlijn van de NVOG, waarin wordt geadviseerd om maximaal negen IUI-pogingen aan te bieden. Verzoekster heeft hiertegen aangevoerd dat dit op haar situatie niet van toepassing is, omdat voornoemde richtlijn uitgaat van een ongewijzigde voortzetting van de behandeling, terwijl bij haar voor de tiende IUI-poging de

medicatie is aangepast. Dat het door de NVOG geadviseerde maximum van negen IUI-pogingen alleen geldt bij een ongewijzigde voortzetting van de behandeling blijkt echter niet uit genoemde richtlijn. De commissie is daarom van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid mocht beslissen de aanvraag voor de tiende, elfde en twaalfde IUI-poging als zijnde niet doelmatig af te wijzen.

Het feit dat de behandelend arts een andere visie heeft dan de eigen beroepsgroep, maakt het voorgaande niet anders. Evenzo kan ook het feit dat verzoekster na de tiende poging zwanger is geworden niet leiden tot een andere uitkomst. Immers, niet het resultaat in de individuele situatie van verzoekster is in dit verband bepalend, maar de vraag of het in het algemeen doelmatig is een IUI-behandeling voort te zetten na de negende poging. Het antwoord op deze vraag luidt volgens de betrokken beroepsgroep ontkennend.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

### **Eerder verleende machtigingen**

- 9.6. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij niet had verwacht dat de aanvraag zou worden afgewezen, omdat drie eerdere aanvragen waren goedgekeurd door de ziektekostenverzekeraar. De commissie merkt hierover op dat, zoals uit het voorgaande blijkt, eventueel negen IUI-pogingen nog als doelmatig kunnen worden beschouwd. Er bestond voor de ziektekostenverzekeraar dan ook geen aanleiding de eerdere aanvragen op die grond af te wijzen. Anderzijds mocht verzoekster er op basis van dit gegeven niet gerechtvaardigd op vertrouwen dat ook de onderhavige aanvraag zonder meer zou worden goedgekeurd.

### **Conclusie**

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

### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 maart 2016,

H.A.J. Kroon