



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, IUI-behandelingen, doelmatigheid
Zaaknummer : 201400899
Zittingsdatum : 28 januari 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
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 basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Module Tand 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 vergoeding van intra-uteriene inseminatie behandelingen (hierna: IUI-behandelingen), uitgevoerd te Gent, België (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 4 februari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, in die zin dat de eerste zes behandelingen voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 13 februari 2014 en brief van 17 maart 2014 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 4 augustus 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak in te willigen, in die zin dat hij ook de zevende en volgende IUI-behandelingen dient te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering (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 na het verlopen van de termijn nader commentaar ingediend.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 november 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 januari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 november 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 januari 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014148542) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen indien de ziektekostenverzekeraar meent dat meerdere behandelingen niet doelmatig zijn. Hierbij dient het volgende in acht te worden genomen. Wat betreft de vergoeding vanuit het basispakket, geldt geen numerieke beperking voor het aantal cycli gestimuleerde IUI. Het is aan de ziektekostenverzekeraar de 'omvang van de zorg' (het aantal behandelingen) te beoordelen. Het Zorginstituut kan daarin niet treden. Voor het basispakket bestaat geen richtsnoer voor het al dan niet vergoeden op basis van een bepaalde slagingskans. Uit het dossier is op te maken dat de kans op een zwangerschap klein is. De behandelingen zijn tot op heden niet succesvol gebleken. De door de ziektekostenverzekeraar berekende kans op zwangerschap (6 x 15,3%) is geen juiste wijze van kansberekening. Het is aan de ziektekostenverzekeraar de omvang en de doelmatigheid van de zorg te beoordelen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 19 januari 2015 aan partijen gezonden.
- 3.9. 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, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstige bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 januari 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij e-mailbericht van 2 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie aanvullende informatie gestuurd. Een afschrift hiervan is aan verzoekster gezonden.
- 3.11. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 8 februari 2015 gereageerd op de onder 3.10 genoemde aanvullende informatie van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.12. Bij brief van 9 februari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 18 februari 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend arts van de vrouwenkliniek van het Universitair Ziekenhuis Gent (hierna: UZG) heeft over verzoekster het volgende verklaard: *“Op 30/9/2013 kwam [verzoekster] opnieuw bij professor (...) op consultatie in ons centrum omwille van primaire infertiliteit. Er is kinderwens sinds 2009. Nu 12 IUI-KID achter de rug na 6xICSI wegens azospermie. Aangezien de tuben doorgankelijk zijn blijft het zinvol om door te gaan met behandeling, wij zullen dus, in overleg met de patiënt, de inseminaties met donorsperma verder zetten. Dit onder een lichte stimulatie met Clomid. Hoewel de kansen op zwangerschap beperkt zijn is dit de enige zinvolle verdere behandeling. (...)”*.
- 4.2. In het jaar 2013 hebben totaal vijftien IUI-behandelingen plaatsgevonden in het UZG.

- 4.3. Verzoekster heeft zes intra cytoplasmatische sperma injectie (ICSI) behandelingen - met sperma van haar partner - ondergaan in het UZG. Drie van deze behandelingen zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar, en drie zijn door verzoekster zelf bekostigd. Vanwege verminderde vruchtbaarheid van de partner van verzoekster is besloten over te stappen naar het gebruik van donorsperma. De gynaecoloog en fertiliteitsartsen hebben steeds de doelmatigheid van de IUI-behandelingen onderschreven, mede omdat bij verzoekster geen enkele aanwijzing is gevonden voor verminderde vruchtbaarheid. Een en ander is onderzocht voorafgaand aan de IUI-behandelingen. De behandelingen zijn tussentijds geëvalueerd en bijgesteld (met medicatie). Verzoekster heeft alle IUI-behandelingen op voorhand zelf bekostigd. Na declaratie van de betreffende nota's deelde de ziektekostenverzekeraar haar mede dat slechts zes IUI-behandelingen voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoekster bestrijdt dit standpunt op de hiernavolgende gronden.
- 4.4. Ten eerste is in de Zvw en de polisvoorwaarden het maximum van zes IUI-behandelingen niet opgenomen. Volgens de behandelend arts van verzoekster bestaat aanspraak op volledige vergoeding indien de arts de behandeling indiceert. Het is verzoekster gebleken dat in diverse informatiebronnen is te lezen dat IUI-behandelingen onbeperkt worden vergoed. Een voorbeeld hiervan is Wikipedia.
- Ten tweede heeft de behandelend arts in Nederland verklaard dat in de regel altijd twaalf IUI-behandelingen zijn geïndiceerd. De ziektekostenverzekeraar haalt een richtlijn van het Universitair Medisch Centrum Groningen (hierna: UMCG) aan, waaruit blijkt dat maximaal negen IUI-behandelingen voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoekster stelt in dit verband dat elk ziekenhuis andere richtlijnen hanteert. De richtlijn van het UMCG is dan ook niet doorslaggevend. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar in deze richtlijn de verkeerde behandeling aangehaald, namelijk een normale IUI-behandeling. Bij verzoekster wordt echter IUI met een spermadonor uitgevoerd en deze behandeling heet KID. De verwijzing van de ziektekostenverzekeraar naar de richtlijn van het UMCG komt dan ook onzorgvuldig over. Overigens wijst de term "gebruikelijk" in de richtlijn erop dat afwijken hiervan mogelijk is. Dit is in de situatie van verzoekster van toepassing. De behandelend arts heeft immers vijftien IUI-behandelingen voorgeschreven.
- Ten derde zijn alle IUI-behandelingen geïndiceerd door de behandelend arts van het UZG. Deze arts is een autoriteit op het gebied van fertiliteit.
- Ten vierde is het niet aan de ziektekostenverzekeraar te bepalen welke zorg doelmatig is. Deze beoordeling is voorbehouden aan de arts. De ziektekostenverzekeraar kan niet op de stoel van de arts gaan zitten.
- Ten vijfde is het zeer opmerkelijk dat geen hoor en wederhoor heeft plaatsgevonden in het kader van de klachtprocedure bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster verwijst hierbij naar het Klachtrecht. De conclusies van de ziektekostenverzekeraar zijn volledig gebaseerd op de intern voorhanden informatie.
- Ten zesde heeft de ziektekostenverzekeraar de eerste zes IUI-behandelingen volledig vergoed en daarbij niet gesproken over voorafgaande toestemming. Overigens roept het vereiste van voorafgaande toestemming vragen op bij verzoekster.
- Ten zevende plaatst verzoekster vraagtekens bij de werkwijze van de ziektekostenverzekeraar. De verwerking van de declaratie nam geruime tijd in beslag. Er werd aanvullende informatie opgevraagd, terwijl verzoekster de declaratie conform afspraak met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar had ingediend. Ook werd op enig moment gesproken over zorg in Duitsland, terwijl verzoekster onder behandeling is in België.
- De ziektekostenverzekeraar dient derhalve over te gaan tot vergoeding van alle uitgevoerde IUI-behandelingen ten laste van de zorgverzekering. Desalniettemin staat verzoekster open voor een coulancevoorstel.
- 4.5. Voorts stelt verzoekster dat het bindend advies van de commissie waarnaar de ziektekostenverzekeraar verwijst, niet ter zake doet. Het bindend advies dateert uit 2007 en is daarom aanzienlijk verouderd. Bovendien betreft het bindend advies een wezenlijk andere situatie dan die van verzoekster. Het Rapport Uitvoeringstoets alternatieven IVF-pakketmaatregel

van 23 mei 2014 dat de ziektekostenverzekeraar aanhaalt, doet eveneens niet ter zake. De kernaanbevelingen zijn namelijk gebaseerd op de prognosebepaling bij paren met onverklaarbare subfertiliteit.

Aangaande de opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat hij de kwaliteit en doelmatigheid van een behandeling moet beoordelen, stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar niet over alle informatie beschikt en zodoende niet tot een juiste beoordeling kan komen. Dit in tegenstelling tot de behandelend arts die het volledige medisch dossier tot zijn beschikking heeft en op basis daarvan zorgvuldige besluiten neemt.

Dat de ziektekostenverzekeraar een beslissing neemt op basis van een kansberekening is onbegrijpelijk. Een slagingskans is mede afhankelijk van de medische situatie van een patiënt. Het door de ziektekostenverzekeraar genoemde slagingspercentage per behandeling zou weliswaar correct kunnen zijn, maar dit percentage kan niet worden vermenigvuldigd om tot een totale slagingskans te komen. Diverse wetenschappelijke bronnen geven aan dat na zes IUI-behandelingen ongeveer 25-35% van de vrouwen zwanger is. Deze percentages zijn veel lager dan het door de ziektekostenverzekeraar genoemde percentage van 90.

Verzoekster refereert verder aan het rapport van het Zorginstituut van 12 juni 2012. Hierin staat dat *"in de vergoeding vanuit het basispakket niet een numerieke beperking ligt voor het aantal cycli gestimuleerde IUI. Ook de richtlijn van de beroepsgroep geeft hierover geen uitsluitel."* Dit betekent dat er ruimte is die naar het inzicht van de arts kan worden ingevuld. Hierbij dient het medische belang van de patiënt leidend te zijn, en niet het financiële belang van de ziektekostenverzekeraar.

- 4.6. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat een zestiende IUI-behandeling, ondergaan in het Reinier de Graafziekenhuis, door de ziektekostenverzekeraar rechtstreeks is vergoed aan het ziekenhuis. Dit is hoogst opmerkelijk. Kennelijk spelen de omvang en de doelmatigheid van de zorg geen rol (meer). Verzoekster concludeert uit dit gegeven dat wanneer de zevende tot en met vijftiende IUI-behandelingen in Nederland waren ondergaan, en de kosten daarvan niet door haar waren voorgesloten, deze hoogstwaarschijnlijk rechtstreeks door de ziektekostenverzekeraar aan het ziekenhuis waren vergoed. Overigens zijn de kosten van IUI-behandelingen in België lager dan in Nederland. In reactie op het advies van het Zorginstituut heeft verzoekster aangevoerd dat in de polisvoorwaarden niets is opgenomen qua maximum aantal behandelingen of het beoordelen van de omvang en doelmatigheid van de zorg door de ziektekostenverzekeraar. Was dit wel het geval geweest, dan had verzoekster op voorhand kunnen besluiten hoe hiermee om te gaan. Omdat dit nergens is vermeld, zijn verzoekster en de behandelend artsen ervan uitgegaan dat volledige vergoeding zou plaatsvinden. Het is opmerkelijk dat met betrekking tot de slagingskans de diverse bronnen verschillende percentages noemen. Verzoekster verwijst naar de websites van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (hierna: NVOG) en het AMC. Volgens hierop vermelde onderzoeken is de kans op zwangerschap aanmerkelijk lager dan de door het Zorginstituut en de ziektekostenverzekeraar genoemde percentages. Verzoekster vraagt zich af of het medisch en ethisch gezien aan de ziektekostenverzekeraar is te bepalen hoeveel kans zij en haar partner mogen maken op een zwangerschap/gezin. Tot slot voert verzoekster aan dat op haar verzoek één gesprek met de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft plaatsgevonden. Dit betrof een telefoongesprek van circa een kwartier. In dit gesprek moest verzoekster de reden van de volgorde van de behandelingen uitleggen. Toch werd geconcludeerd dat IUI altijd vooraf gaat aan ICSI. Hieruit blijkt dat de medisch adviseur hetzij onvoldoende kennis heeft van het onderhavige onderwerp dan wel zich onvoldoende heeft ingelezen in de voorhanden informatie. In beide gevallen geldt dat de (medisch adviseur van de) ziektekostenverzekeraar op basis van één kort gesprek niet de doelmatigheid van de IUI-behandelingen kan beoordelen.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De grondslag van de zorgverzekering is vastgelegd in artikel 2 lid 1, hoofdstuk 2. De overheid bepaalt de inhoud en omvang van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar dient aanspraken in het kader van de zorgverzekering volgens gelijke criteria te beoordelen. Op bladzijde 8 van de voorwaarden van de zorgverzekering is beschreven hoe moet worden gehandeld bij medische kosten in het buitenland. Een verzekerde dient een nota vergezeld van een vragenformulier in te sturen. Op bladzijde 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering is vermeld voor welke behandelingen voorafgaande toestemming vereist is. De aldaar vermelde lijst is niet limitatief. De ziektekostenverzekeraar raadt verzekerden aan altijd vooraf de voorwaarden te raadplegen of informatie in te winnen via de telefonische klantenservice.
- 5.2. Artikel 21 van de zorgverzekering betreft medisch specialistische zorg. Aanspraak bestaat onder andere op vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen. De zorg dient daarbij doelmatig te zijn en te voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er wordt in dat verband gekeken naar de in de medische wereld gangbare benadering. Het principe van evidence based medicine is hierin leidend. De NVOG heeft richtlijnen opgesteld. Daarnaast zijn de uitspraken van de commissie op dit terrein relevant. Dat in de voorwaarden niet wordt gesproken over het aantal IUI-behandelingen dat voor vergoeding in aanmerking komt, betekent niet dat alle behandelingen automatisch onbeperkt akkoord zijn. Overigens wordt geen onderscheid gemaakt tussen IUI-behandelingen met eigen sperma of met donorsperma (KID). Op bladzijde 17 van het Rapport Uitvoeringstoets alternatieven IVF-pakketmaatregel is het volgende vermeld. "*De besparing kan aan de andere kant ook beduidend lager uitvallen wanneer bij vrouwen vanaf 41 jaar substitutie van IVF zou plaatsvinden door gestimuleerde IUI. Temeer daar er in de vergoeding vanuit het basispakket niet een numerieke beperking ligt voor het aantal cycli gestimuleerde IUI. Ook de richtlijn van de beroepsgroep heeft hierover geen uitsluitel.*"
- 5.3. Verzoekster heeft niet voorafgaand aan de IUI-behandelingen in België bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd of en, zo ja, hoeveel van de behandelingen voor vergoeding in aanmerking komen. De adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier meermalen bestudeerd. Korthedshalve wordt verwezen naar de kernaanbevelingen van de NVOG. Er is een kansberekening uitgevoerd. Ook als de oorzaak ligt in een verminderde kwaliteit van het sperma (andrologische factor), dan is de kans op slagen relatief groot, namelijk 15,3%. In onderhavig geschil ligt het probleem bij het zwanger worden niet bij verzoekster. Om die reden wordt gebruik gemaakt van donorsperma. De berekening is alsdan $6 \times 15,3\% =$ ruim 90% kans op zwangerschap. Zodoende worden meer dan zes behandelingen IUI niet noodzakelijk geacht. In 2007 heeft de commissie een uitspraak gedaan inzake IUI. Hierin is beschreven dat op grond van de richtlijnen van de NVOG kan worden geconcludeerd dat het bij de indicaties idiopatische infertiliteit en mannelijke subfertiliteit zinvol lijkt tot zes behandelingen IUI aan IVF vooraf te laten gaan. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de betreffende richtlijnen nog steeds geldend zijn. Zodoende wordt vastgehouden aan het maximum van zes IUI-behandelingen dat wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit maximum volgt ook uit een richtlijn van het UMCG, waaraan de ziektekostenverzekeraar zich conformeert. Dat de behandelend arts alle vijftien behandelingen "geïndiceerd" acht, wijzigt het standpunt van de ziektekostenverzekeraar niet.
- 5.4. Dat niet wordt voldaan aan de voorwaarden, zegt niets over de noodzaak van de behandeling en de wens van verzoekster hiertoe. Het houdt wel in dat vergoeding ten laste van de zorgverzekering niet mogelijk is. Het is voorstelbaar dat dit teleurstellend is voor verzoekster.
- 5.5. Het is de ziektekostenverzekeraar niet gebleken dat verzoekster onjuist of onvolledig is geïnformeerd. Zij heeft er zelf voor gekozen vijftien IUI-behandelingen te ondergaan. Dat slechts

zes behandelingen zijn vergoed is, mede gezien de communicatie, geen reden om verzoekster tegemoet te komen in de kosten.

5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zich ermee akkoord verklaard dat de brief van 19 november 2014 niet aan het dossier wordt toegevoegd. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het dossier nogmaals is besproken met de medisch adviseur. Deze heeft de websites van een groot aantal ziekenhuizen bekeken. Veel ziekenhuizen gaan uit van maximaal zes IUI-behandelingen. Voor de beoordeling van de doelmatigheid van de zorg is het niet relevant dat de partner van verzoekster verminderd vruchtbaar is. Alle medische stukken zijn in het dossier aanwezig. Het op het spreekuur uitnodigen van verzoekster had daarom geen toegevoegde waarde. De medisch adviseur heeft weliswaar slechts kort met verzoekster gesproken, maar dit maakt de beslissing niet minder zorgvuldig.

5.7. Nadien is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat in januari 2014 een IUI-behandeling door het Reinier de Graafziekenhuis is gedeclareerd. Het ziekenhuis beoordeelt of een behandeling medisch noodzakelijk is. In dit geval heeft het Reinier de Graafziekenhuis de zestiende IUI-behandeling gedeclareerd. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar de nota uitbetaald.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 17 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de zevende en volgende IUI-behandeling te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

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 mixpolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg en van gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 tot en met 42 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 21 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“lid 1 Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts (of bedrijfsarts, arts voor de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist). Dit geldt niet voor acute zorg. In het geval dat het medisch specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)

lid 6 In Vitro Fertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, invriezen van sperma en eicelvitricatie

(...)

b. Overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

U heeft aanspraak op overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, zolang u de leeftijd van 43 jaar nog niet heeft bereikt.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.*
 - Aan uw aanvraag moet een medische verklaring ten grondslag liggen.*
 - U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de toegepaste geneesmiddelen, als u de geneesmiddelen krijgt voorgeschreven voor een andere vruchtbaarheidsbevorderende behandeling dan de vierde en volgende IVF-behandeling.*
 - Voor het gebruik van de benodigde geneesmiddelen geldt dat de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen van toepassing zijn. Deze kunt u vinden op onze website.*
- (...)"*

8.4. Artikel 2 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

lid 4 De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

lid 5 De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

(...)"

8.5. Artikel 11 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"Als door de verzekerde zorg wordt ingeroepen bij een zorgverlener of instelling in een ander land dan het woonland dan kan de vergoeding voor die zorg onduidelijk zijn. Om zekerheid te hebben over de vergoeding van geplande zorg in het buitenland moet de verzekerde vooraf of voor de behandeling contact opnemen met de verzekeraar.

(...)

lid 1 De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg door zorgaanbieders of instellingen buiten Nederland zoals genoemd in de Productvoorwaarden van de FBTO Zorgverzekering.

(...)

lid 4 De verzekerde die in Nederland, een ander EU/EER-land of verdragsland woont, en tijdelijk verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan het woonland, heeft aanspraak op:

(...)

b. de vergoeding van kosten voor zorg zoals genoemd in de Productvoorwaarden van de FBTO Zorgverzekering door zorgaanbieders of instellingen buiten Nederland.

lid 5 De verzekerde die woont in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland, en tijdelijk verblijft in een ander land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een zorginstelling of zorgverlener conform de in de Productvoorwaarden van de FBTO Zorgverzekering opgenomen bepalingen die van toepassing zijn indien de zorg door een zorgverlener of instelling binnen Nederland zou zijn verleend.

(...)"

8.6. De artikelen 2, 11 en 21 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

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 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"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

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 niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing en dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.2. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 21, aanspraak op vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, waaronder IUI-behandelingen. Dat verzoekster hiervoor een indicatie heeft vormt geen onderwerp van geschil. Gezien het feit dat een deel van de behandelingen is vergoed, wordt verzoekster het ontbreken van voorafgaande toestemming - althans in het kader van de zorgverzekering - niet tegengeworpen. Hetgeen partijen verdeeld houdt is 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 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 heeft vijftien IUI-behandelingen ondergaan, alle op advies van de behandelend arts in het UZG. De ziektekostenverzekeraar heeft zes van deze behandelingen vergoed, en vergoeding van de zevende en volgende behandelingen afgewezen omdat deze niet doelmatig worden geacht. Vervolgens heeft verzoekster een zestiende IUI-behandeling ondergaan in het Reinier de Graaf ziekenhuis, welke behandeling volledig is vergoed door de ziektekostenverzekeraar (via een

rechtstreekse declaratie van het ziekenhuis). De ziektekostenverzekeraar heeft hierover verklaard dat het ziekenhuis beoordeelt of een behandeling medisch noodzakelijk is.

Naar de commissie aanneemt, was bij het Nederlandse ziekenhuis bekend dat verzoekster reeds vijftien IUI-behandelingen had ondergaan. Door verzoekster is in dat geval terecht opgemerkt dat de beoordeling van de doelmatigheid kennelijk anders is indien de zelfde zorg door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder wordt verleend. Het voeren van een zodanig willekeurig beleid is niet toegestaan.

De andere mogelijkheid is dat bij het Nederlandse ziekenhuis niet bekend was dat verzoekster al vijftien IUI-behandelingen had ondergaan. In dat geval kan de ziektekostenverzekeraar worden tegengeworpen dat hij deze behandelingen niet goed heeft geadministreerd onderscheidenlijk dat hij - wederom in het kader van de doelmatigheid - heeft nagelaten te controleren hoeveel IUI-behandelingen reeds hadden plaatsgevonden. Ook in dat geval geldt dat verzoekster de beperking tot de eerste zes behandelingen niet (meer) kan worden tegengeworpen.

Zij heeft dan ook aanspraak op vergoeding van de zevende tot en met de vijftiende IUI-behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.3 is overwogen.
- 9.5. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.4 is omschreven.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 11 maart 2015,

mr. H.A.J. Kroon