



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, in deze vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen

Zaak : Geneeskundige zorg, IUI-behandelingen, toezegging, doelmatigheid

Zaaknummer : 201502939

Zittingsdatum : 14 december 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 
- 1) Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V., te Zeist, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Avéro Achmea Keuze Zorg Plan (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 Start 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).

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), de bijbehorende consulten, onderzoeken en medicatie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 17 juni 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 3 augustus 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 23 mei 2016 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 18 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 31 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 22 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 15 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016107831) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat na het bereiken van het 43e jaar geen IUI-behandelingen ten laste van het basispakket mogen worden gebracht, en verzoekster bij het starten van de behandeling deze leeftijd al had bereikt. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 oktober 2016 aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Afschriften hiervan zijn op 12 oktober 2016 aan verzoekster gestuurd.
-  3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 december 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 16 december 2016 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 stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 22 december 2016 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. Op 5 december 2013 is verzoekster op consult geweest in het ziekenhuis vanwege IUI-behandelingen. Tijdens dit consult is gesproken over de kosten van een behandeling en de leeftijd van verzoekster. Aan verzoekster is medegedeeld dat, aangezien zij toen nog geen 43 jaar was, zij recht had op vergoeding van de IUI-behandelingen vanuit de zorgverzekering. Verzoekster is uitgegaan van de juistheid van deze mededeling en was hierdoor gerustgesteld. Vervolgens is zij in 2014 gestart met de behandelingen.
-  4.2. Bij brief van 17 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van de ziekenhuisnota ten bedrage van € 1.449,66, inzake IUI-behandelingen, afgewezen. Het ziekenhuis vordert de betreffende kosten thans rechtstreeks bij verzoekster. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster ten tijde van de behandelingen niet voldeed aan de leeftijdseis zoals bepaald in artikel 34.1 van de zorgverzekering. In dit artikel is opgenomen dat de kosten van In-vitrofertilisatie, andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricatie, alleen voor vergoeding in aanmerking komen voor verzekerden jonger dan 43 jaar. Bij brief van 18 februari 2016 stelt de ziektekostenverzekeraar dat het ziekenhuis andere verrichtingen en declaratiecodes heeft gedeclareerd vóór het bereiken van de 43-jarige leeftijd. De behandelingen op de nota waarop de zaak betrekking heeft, zijn gestart na het bereiken van de 43-jarige leeftijd. Verzoekster stelt dat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde einddatum van 4 maart 2014 op de nota met declaratiecode 14B194 "Gynaecologie - vrouw | licht ambulante | Infertiliteit | 1 of 2 polikliniekbezoeken bij verminderde vruchtbaarheid", onjuist is. Bij aanvang van het consult op 5 december 2013 inzake de IUI-behandelingen was zij 42 jaar oud. Aangezien het geheel (het eerste consult en de daaropvolgende behandelingen) één poging betreft, en het eerste DBC-zorgproduct is geopend vóór het bereiken van de 43-jarige leeftijd, dient de ziektekostenverzekeraar

de nota te vergoeden. Dit is ook opgenomen in een circulaire van Zorgverzekeraars Nederland. Daarbij had de ziektekostenverzekeraar in 2014 een contract afgesloten met het ziekenhuis, waardoor deze gang van zaken onnodig was.

- 4.3. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 11 januari 2016 aan het ziekenhuis het volgende voorgelegd:
- "[Naam verzoekster] beweert dat u of uw collega's gezegd heeft dat de meegestuurde declaratie altijd voor vergoeding in aanmerking komt, ondanks dat mevrouw op het tijdstip van de begin datum van de declaratie ouder was dan 43 jaar."*

Het ziekenhuis heeft hierop telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en het volgende medegedeeld:

"Ze deelden toen mee dat het hen bevreemde dat de zaak weer wordt geopend, mevrouw is volgens hen van te voren ingelicht en eerder is met mevrouw geconstateerd dat alle behandeldata correct zijn doorgegeven. Er is verder geen toezegging gedaan."

Verzoekster betwist de juistheid van de situatieschets en de vraagstelling van de ziektekostenverzekeraar aan het ziekenhuis. Verzoekster heeft nimmer 'altijd' gezegd of geschreven. Verzoekster wenst een ondertekende verklaring te ontvangen van de betrokken medewerker van het ziekenhuis, die het standpunt van verzoekster tegenspreekt. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aan het ziekenhuis een vraag gesteld over de begindatum van de behandeling. Hierop is niet gereageerd door het ziekenhuis. Verzoekster wil alsnog een antwoord op deze vraag.

- 4.4. Tot slot heeft verzoekster een nota ten bedrage van € 481,68 van het ziekenhuis ontvangen, gedateerd 18 april 2016, inzake een behandeling op 29 oktober 2014 met de omschrijving: "Follitropine-beta inj. vlst-50IE". Verzoekster wenst dat deze nota ook wordt vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de behandeling is aangevangen toen zij 42 was. Dit wordt bevestigd door het ziekenhuis. Wel is de behandeling even onderbroken. Over DBC-codes is zij nooit geïnformeerd. Daarna gevraagd, antwoordt verzoekster dat in het ziekenhuis is gesproken over de behandeling, en of de kosten hiervan worden vergoed. Volgens het ziekenhuis bestond aanspraak op vergoeding, omdat verzoekster toen nog geen 43 was. De huisarts heeft verzoekster gezien haar leeftijd in maart 2013, na een miskraam, doorverwezen naar het ziekenhuis. Op 10 januari 2014 heeft de intake plaatsgevonden, waarna nog een onderzoek moest plaatsvinden. Daarna volgde een brief dat verzoekster moest afwachten. In oktober 2014 is gestart met de IUI. Dat hierover contact moest worden opgenomen met de ziektekostenverzekeraar was verzoekster niet bekend. In november 2014 heeft een tweede behandeling plaatsgevonden. Daarna was behandeling in Nederland niet meer mogelijk. Daarom is voor de IVF-behandeling uitgeweken naar België. Verzoekster merkt op dat ongeveer € 2.000,-- voor haar rekening blijft. Dit is voor haar een groot bedrag, maar voor de ziektekostenverzekeraar niet.

- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster 43 jaar was ten tijde van de behandelingen in oktober en november 2014. Zij voldeed daarmee niet aan de leeftijdseis die is opgenomen in artikel 34.1 van de zorgverzekering. Volgens dit artikel komen alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking van in-vitrofertilisatie, andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricificatie voor verzekerden jonger dan 43 jaar. De behandelingen op de nota waarop deze zaak betrekking heeft, zijn gestart na het bereiken van de 43-jarige leeftijd. Eerder ingediende nota's hebben niets met de betwiste nota te maken.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 11 januari 2016 aan het ziekenhuis gevraagd of verzoekster is toegezegd dat IUI-behandelingen altijd worden vergoed omdat het ziekenhuis een contract heeft afgesloten met de ziektekostenverzekeraar. Omdat verzoekster het niet

eens is met de begindatum van het eerste DBC-zorgproduct, heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd of het ziekenhuis wil nagaan wanneer de behandelingen zijn gestart. Het ziekenhuis heeft hierop telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en medegedeeld dat verzoekster voorafgaand aan de behandeling is ingelicht. Verder is eerder door verzoekster en de ziektekostenverzekeraar geconstateerd dat alle behandeldata correct zijn doorgegeven. Voorts is geen toezegging gedaan. Verzoekster heeft zelfs een betalingsregeling met het ziekenhuis afgesproken. Een schriftelijke bevestiging van dit gesprek heeft de ziektekostenverzekeraar nog niet mogen ontvangen van het ziekenhuis.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 oktober 2016 aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Dit betreft de brief van het ziekenhuis van 5 september 2016 en de brief van het ziekenhuis aan de huisarts van 13 januari 2014.

Het ziekenhuis schrijft in de brief van 5 september 2016 dat de fertiliteitsverpleegkundige op 5 december 2013 heeft geconstateerd dat verzoekster 42 jaar was. Vanuit dat gegeven, is het standaard uitgangspunt van de fertiliteitsverpleegkundige dat de vruchtbaarheidsbehandeling van verzoekster voor vergoeding in aanmerking komt. Aan iedere patiënte wordt het advies gegeven om bij de eigen zorgverzekeraar na te vragen of de behandeling wordt vergoed. Dit is de standaard werkwijze.

De gynaecoloog deed in december 2013 geen mededeling over vergoeding van de behandeling. Het lijkt waarschijnlijk dat de fertiliteitsverpleegkundige zich in november 2014 ten volle realiseerde dat verzoekster inmiddels 43 jaar was. Op dat moment is er geen nadrukkelijke aandacht geweest voor dat feit. Er zijn toen geen concrete afspraken of toezeggingen gedaan. Wat feitelijk wél is gebeurd, is dat op 10 november 2014 is genoteerd dat verzoekster niet kon worden doorverwezen voor een IVF-behandeling, omdat zij op dat moment al 43 was.

Het ziekenhuis ontkent dat door één van zijn medewerkers is gezegd dat de behandeling (of de declaratie van de behandeling) voor vergoeding in aanmerking komt, ondanks dat verzoekster op het tijdstip van de begindatum van de declaratie ouder was dan 43 jaar.

- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voorafgaand geen aanvraag is ontvangen van verzoekster. Wat er allemaal speelt is de ziektekostenverzekeraar niet kenbaar. Er zijn nota's ontvangen en deze zijn afgewikkeld conform de regelgeving. De DBC die in geding is, heeft een ingangsdatum van na het bereiken van de 43-jarige leeftijd. Ook op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn deze kosten niet gedekt.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. In artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering wordt verwezen naar de Geschillencommissie Zorgverzekeringen en naar de burgerlijke rechter. De aanvullende ziektekostenverzekering kent een dergelijke verwijzing niet. De ziektekostenverzekeraar heeft zich evenwel voor de behandeling van klachten en geschillen aangesloten bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, en kan zich niet erop beroepen dat voor de commissie een formele verwijzing in de verzekeringsvoorwaarden om te oordelen over de aanvullende ziektekostenverzekering ontbreekt. Zodoende acht de commissie zich 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 de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 42 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 34 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op onder meer vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Art. 34 In-vitrofertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricatie

Wij vergoeden de kosten van IVF (34.1), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (34.2), sperma invriezen (34.3) en eicelvitricatie (34.4). (...)

34.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u ook recht op vergoeding van kosten van andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen dan IVF, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor recht op vergoeding van kosten van andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen stellen wij de volgende voorwaarden:

- 1. Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische verklaring nodig van uw behandelend arts.*
- 2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.*

Maximum vergoeding voor geneesmiddelen

Wij vergoeden geneesmiddelen die nodig zijn voor een vruchtbaarheidsbehandeling. Dit doen wij tot een bepaald maximum dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website vindt u een overzicht waarin u de maximale vergoeding van geneesmiddelen kunt opzoeken.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van geneesmiddelen die nodig zijn voor een 4de en volgende IVF-poging. (...)"

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

"Art. 2 Wat verzekert de basisverzekering (vergoedingen) en voor wie is deze bedoeld? (...)

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Welk recht op vergoeding van kosten van zorg u heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent."

- 8.5. De artikelen 2 en 34 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, als onderdeel van geneeskundige zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 lid 1 sub a onder 5 Bzv.

- 8.7. 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Artikel 34 van de zorgverzekering biedt aanspraak op vruchtbaarheidsgelateerde zorg, waaronder IUI-behandelingen. Dit artikel vindt zijn grondslag in artikel 2.4 lid 1 sub a onder 5 Bzv. Vruchtbaarheidsgelateerde zorg is expliciet uitgesloten bij een verzekerde vrouw van 43 jaar of ouder, behoudens voor zover het een IVF-poging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 heeft bereikt. Laatstgenoemde uitzondering is hier niet aan de orde. Voorgaande is ook opgenomen in de circulaire van Zorgverzekeraars Nederland waarnaar verzoekster verwijst.
- 9.2. De onderhavige IUI-behandelingen hebben plaatsgevonden op 29 oktober 2014, 5 november 2014 en 7 november 2014. Op dat moment had verzoekster de leeftijd van 43 jaar al bereikt. De uitsluiting van artikel 2.4 lid 1 sub a onder 5 Bzv is daarom onverkort van toepassing en derhalve heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de IUI-behandelingen ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen door verzoekster is aangevoerd met betrekking tot het consult op 5 december 2013, te weten dat deze datum als startdatum van de IUI-behandelingen moet worden beschouwd, is gelet op de door het ziekenhuis gehanteerde declaratiecode voor die behandeljaren alsmede de openingsdatum van de betreffende DBC - waarvan de juistheid door verzoekster niet gemotiveerd is bestreden - feitelijk onjuist en kan derhalve niet leiden tot een andere uitkomst. Voorts blijkt uit de brief van de gynaecoloog aan de huisarts van verzoekster over dit consult dat op basis van het verrichte onderzoek een expliciet beleid is afgesproken. Dit betekent dat nog geen behandeling was ingezet.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Werking privaatrecht

- 9.4. Verzoekster stelt dat een medewerker van het ziekenhuis haar voorafgaand aan de IUI-behandelingen heeft toegezegd dat aanspraak bestaat op vergoeding van de betreffende behandelingen omdat verzoekster de 43-jarige leeftijd nog niet had bereikt. Dat een zodanige toezegging is gedaan, is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt, nog daargelaten dat een medewerker van het ziekenhuis niet bevoegd is te oordelen over een mogelijke aanspraak in het kader van de zorgverzekering. De polisvoorwaarden zijn hierin leidend en de uitvoering hiervan geschiedt door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt of sprake is van verzekerde zorg, of betrokkene een (verzekerings)indicatie heeft, of de zorg doelmatig is, en of is voldaan aan de eventuele formele eisen.
- 9.5. Nu de tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar geldende verzekeringsovereenkomst geen dekking biedt voor de onderhavige IUI-behandelingen, en de ziektekostenverzekeraar ook

 anderszins niet is gehouden tot vergoeding over te gaan, blijven de hiermee gemoeide kosten voor rekening van verzoekster.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 januari 2017,











 J.A.M. Strens-Meulemeester