



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, IVF/ICSI, telefonische toezegging  
Zaaknummer : 201503182  
Zittingsdatum : 21 juli 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014-2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014-2015, art. 13 Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IZA GezondSamenPolis Restitutie (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 IZA Extra Zorg 3 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 door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering IZA Extra Tand 2 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 de kosten van in-vitro fertilisatie (hierna: IVF) en intra-cytoplasmatische sperma injectie (hierna: ICSI), uitgevoerd te Izmir (Turkije), en de bijbehorende geneesmiddelen (hierna: de aanspraak). Onder meer bij uitkeringsspecificaties van 20 november 2014, 15 december 2014, 22 januari 2015 en 23 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 brieven van 29 juli 2015 en 10 september 2015 en e-mailbericht van 20 oktober 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 9 februari 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. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 25 april 2016 aanvullende informatie gezonden.

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 mei 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 juni 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 juni 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 1 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 29 juni 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016071676) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie had voor de uitgevoerde IVF/ICSI-behandelingen. Verzoekster was niet redelijkerwijs aangewezen op de gevraagde zorg. Dat achteraf toch een zwangerschap mogelijk bleek doet daar niet aan af.  
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 30 juni 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend gynaecoloog heeft op 24 november 2014 over verzoekster het volgende verklaard: *"(...) Bij intake vanwege de primaire subfertiliteit op 28-4-2014 bleek een irregulaire cyclus van 2-13 weken. Bij echoscopisch onderzoek bleken er beiderzijds antrale follikels aanwezig. Oriënterende analyse liet voldoende rubella-antilichamen zien, negatieve chlamydiaserologie alsmede een PAP van 1. Bij hormonaal onderzoek bleek bij verrassing een verhoogd FSH van aanvankelijk 80 later 25-30 U/l bij lage oestrogeenspiegels. Een POF/POI overwegende liet ik nog een AMH-spiegel bepalen welke beneden de 0,1 mg/l bedroeg hetgeen mijn overwegingen bevestigde[n]. Nader onderzoek naar antistoffen tegen schildkliermicrosomen als ook bijnierschors, bleken negatief. Bij chromosomale analyse bleek een normaal 46 XX patroon, fragiele X-syndroom uitgesloten. Begrijpelijk konden patiënte en haar partner zich niet neerleggen bij de conclusie van deze bevindingen en bezochten zij inmiddels een IVF-kliniek in Turkije. Aldaar werd met stimulatie een follikel verkregen doch trad helaas geen bevruchting op bij de doorgevoerde ICSI-procedure. Om alle kansen toch benut te hebben wil het paar zich op korte termijn nog elders onder behandeling stellen voor behandeling middels IVF. (...)"*.
- 4.2. De behandelend gynaecoloog heeft tegenover de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar op 17 augustus 2015 over verzoekster het volgende verklaard: *"(...) Ten aanzien van de voorgeschiedenis wil ik u verwijzen naar mijn bijgevoegde brief van 25 november 2014; tevens wil ik u verwijzen naar bijgevoegd afwijzend schrijven van 29 juli 2015 (...). Het standpunt zoals verwoord (...) is helder, alsook kan ik uw achterliggend beleid, gestoeld op Evidence Based Medicine, begrijpen, hetgeen ik ten zeerste toejuich. Evenwel, dat geneeskunde geen digitale wetenschap is onderstreept onderhavige patiënte die bij de 2e IVF / ICSI poging in Turkije tot ons aller verrassing, zwanger werd, welke zwangerschap tot op heden een ongestoord beloop kent en inmiddels gevorderd is tot een termijn van 33 weken. Gezien het evidente positieve resultaat / succes van de behandeling wil ik u toch indringend verzoeken, de afwijzing om genoemde kosten te vergoeden, te heroverwegen. (...)"*.
- 4.3. Verzoekster en haar echtgenoot zijn door de huisarts verwezen naar een gynaecoloog van het CWZ. Deze besloot dat verzoekster en haar echtgenoot niet in aanmerking kwamen voor een IVF/ICSI-behandeling, omdat de kans op een zwangerschap op basis van de gemeten waarden

te gering werd geacht. Aangezien verzoekster en haar echtgenoot hierover teleurgesteld waren, en zij ermee bekend waren dat zorgaanbieders in Turkije een minder hoge drempel hanteren, is besloten om in Turkije een IVF/ICSI-behandeling te ondergaan. Voorafgaand hieraan is op of omstreeks 19 en/of 24 juli 2014 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. In de verzekeringsvoorwaarden is een vergoeding opgenomen voor de kosten van IVF/ICSI in het buitenland, en verzoekster en haar echtgenoot hebben geïnformeerd wat daarvoor moest worden gedaan. De ziektekostenverzekeraar deelde mede dat een verwijzing van de huisarts nodig was, en dat een daarvoor bestemde vragenlijst diende te worden ingevuld. Deze documenten dienden tezamen met de nota te worden overgelegd. Tevens werd aan verzoekster een E111-formulier gezonden.

De verwijzing van de huisarts dateert van 1 augustus 2014, en de door de medisch specialist in Turkije ingevulde vragenlijst van 12 augustus 2014. Op 18 augustus 2014 heeft een eerste poging IVF/ICSI plaatsgevonden, en deze is niet geslaagd.

Na terugkomst in Nederland hebben verzoekster en haar echtgenoot de nota's uit Turkije gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Vergoeding hiervan werd afgewezen, in eerste instantie omdat "onvoldoende duidelijk was of het spoedeisende hulp in het buitenland betrof" en in tweede instantie omdat "de kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen".

Op 5 januari 2015 heeft een tweede poging IVF/ICSI plaatsgevonden, en deze is geslaagd. De nota's van deze poging zijn eveneens gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Opnieuw is de vragenlijst door de medisch specialist in Turkije ingevuld, en deze lijst is bij de declaratie gevoegd. Verzoekster en haar echtgenoot ontvingen wederom een afwijzing, ditmaal omdat een toelichting/verklaring van de behandelend arts in het Engels was vereist, alsook een verwijzing van de Nederlandse huisarts. Deze verwijzing was echter al in het bezit van de ziektekostenverzekeraar. De arts in Turkije heeft verklaringen in het Engels opgesteld en verzoekster heeft deze stukken in juni 2015 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Hierna volgde wederom een afwijzing, ditmaal met het verzoek namens de medisch adviseur om een en ander in het Engels toe te lichten. Op 4 juni 2015 heeft telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden. De betreffende medewerker deelde aan verzoekster mede dat de nota's en bijlagen door de verkeerde afdeling waren afgehandeld. De medewerker zou ervoor zorg dragen dat de stukken bij de juiste afdeling terechtkwamen, opdat "het dan in orde zou komen". Op 11 juni 2015 ontvingen verzoekster en haar echtgenoot een brief van de ziektekostenverzekeraar. Hierin is uitvoerig uitgelegd aan welke voorwaarden moet worden voldaan en wat de vergoedingen zijn. Verzoekster en haar echtgenoot stelden tot hun geruststelling vast dat zij aan alle voorwaarden voldeden. Op 23 juni 2015 werd evenwel een uitkeringsspecificatie ontvangen, waaruit bleek dat de kosten niet werden vergoed omdat de "vergoeding niet is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden". Op 25 juni 2015 heeft telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden. De betreffende medewerker had een zeer vervelende mededeling voor de echtgenoot van verzoekster: "Uw vrouw kan niet zwanger worden." Verzoekster en haar echtgenoot hebben hierop uitgelegd dat inmiddels sprake was van een zwangerschap van zes maanden. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar zegde toe de aanvraag/declaratie door te sturen naar de klachtenafdeling. Aangezien nog niets was vernomen, heeft op 21 juli 2015 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden. Bij die gelegenheid werd aan verzoekster medegedeeld dat de aanvraag niet was doorgestuurd naar de klachtenafdeling, maar dat dit alsnog zou worden gedaan. Bij brief van 29 juli 2015 ontvingen verzoekster en haar echtgenoot een reactie van de ziektekostenverzekeraar. Hierin is uitgelegd waarom de kosten niet worden vergoed. Er wordt met zoveel woorden gezegd dat alleen een vergoeding wordt verleend als de zorgvorm op basis van de EBM-methode doelmatig en doeltreffend wordt geacht. Verzoekster en haar echtgenoot waren hierover verbaasd. Immers, de doelmatigheid en doeltreffendheid zijn aangetoond doordat bij de tweede poging IVF/ICSI een gezonde zwangerschap werd bereikt. De gynaecoloog van het CWZ heeft op verzoek van verzoekster en haar echtgenoot een verzoek om heroverweging aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Dit verzoek werd echter behandeld door de klachtenafdeling, die dit beschouwde als een verzoek om coulance, en afwijzend besliste. Verzoekster en haar echtgenoot hebben op 20 september 2015 een e-mailbericht gezonden naar de klachtenafdeling van de ziektekostenverzekeraar, met het verzoek om op basis van de argumenten van de gynaecoloog een heroverweging op medische gronden uit te voeren. Op 20 oktober 2015 ontvingen verzoekster en haar echtgenoot per e-mail het definitieve standpunt van de ziektekostenverzekeraar. De

medisch adviseur bleef bij zijn eerdere beslissing en de klachtenafdeling nam dat advies over. Verzoekster komt op tegen deze beslissing en voert daartoe het volgende aan.

- 4.4. Ten eerste zijn verzoekster en haar echtgenoot afgegaan op de - voorafgaand aan de behandeling - telefonisch verkregen informatie. Een verwijzing van de huisarts en een door de arts in Turkije ingevuld aanvraagformulier zouden voldoende zijn om voor vergoeding van de IVF/ICSI-behandeling in aanmerking te komen. Verzoekster heeft dit - voor zover vindbaar - nagekeken in de polisvoorwaarden en op de website van de ziektekostenverzekeraar. Zij en haar echtgenoot voldoen aan alle gestelde voorwaarden. Bovendien laten zowel de voorwaarden als de website het aan de verzekerde of die wel of niet vooraf een aanvraag indient. Vooraf kan dus wel, maar is niet verplicht. Later wordt dit in de brief van 11 juni 2015 bevestigd: "**Als u op voorhand toestemming vraagt ...**". Verzoekster en haar echtgenoot hadden zodoende geen enkele reden te twijfelen aan hetgeen hen telefonisch werd medegedeeld. Er is sprake van een telefonische toezegging. Het zou de ziektekostenverzekeraar sieren - zeker gelet op het succes van de behandeling - hieraan een passend vervolg te geven, te weten vergoeding van de kosten.
- Ten tweede dient het verzekerde risico in geval de pogingen leiden tot een gezonde zwangerschap, voor rekening van de ziektekostenverzekeraar te komen. Het is begrijpelijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken in het kader van kostenbeheersing, alsook dat enkel doelmatige en doeltreffende zorg wordt vergoed. Als een verzekerde zelf een weg vindt om toch een poging te kunnen doen om een kinderwens in vervulling te laten gaan, neemt deze feitelijk het financiële risico op zich. Als de poging niet leidt tot een zwangerschap is het voorstelbaar dat een zorgverzekeraar niet overgaat tot vergoeding. In het geval van verzoekster heeft de tweede poging echter wél geleid tot een zwangerschap. De ziektekostenverzekeraar zou de kosten van deze geslaagde behandeling moeten vergoeden.
- Ten derde zijn de argumenten van de ziektekostenverzekeraar om vergoeding af te wijzen louter van medische aard. De gevolgde procedure of de - coulante - toepassing van de verzekeringsvoorwaarden spelen geen rol. In eerste instantie heeft de gynaecoloog van het CWZ een IVF/ICSI-behandeling als onvoldoende kansrijk beoordeeld. Deze beslissing is geheel in lijn met de geldende richtlijnen. Het is dan ook verdedigbaar dat deze beslissing door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar wordt gebruikt als basis voor het advies. De gynaecoloog van het CWZ heeft echter later verklaard dat geneeskunde geen digitale wetenschap is, en dat de zwangerschap van verzoekster ook voor hem een verrassing was. Met die wetenschap zou de gynaecoloog destijds waarschijnlijk anders hebben gehandeld. Nog belangrijker is dat de gynaecoloog de ziektekostenverzekeraar adviseert de afwijzende beslissing te heroverwegen. Aangezien het oordeel van de medisch adviseur tot dat moment consequent was gebaseerd op de bevindingen en beoordeling van de gynaecoloog van het CWZ, zou het de ziektekostenverzekeraar sieren ook diens laatste zienswijze te volgen.
- De ziektekostenverzekeraar is zeer stellig. Verzoekster doet een beroep op de redelijkheid en billijkheid. Het IVF/ICSI-traject is succesvol gebleken. Op 30 september 2015 is de gezonde dochter van verzoekster en haar echtgenoot geboren. De gynaecoloog van het CWZ heeft zich bij de eerste aanvraag laten leiden door de gemeten waarden, op basis waarvan een zwangerschap onmogelijk leek. Die waarden zijn kennelijk niet altijd allesbepalend. Achteraf is gebleken dat de kans op een zwangerschap in het geval van verzoekster en haar echtgenoot beduidend groter was, en om die reden heeft de gynaecoloog zich alsnog positief uitgelaten wat betreft het verzoek om vergoeding. Het is te prijzen dat deze medisch specialist zich zo groots heeft getoond door terug te komen op een eerder oordeel.
- Indien verzoekster en haar echtgenoot voorafgaand aan de IVF/ICSI-behandeling hadden geweten dat deze niet voor vergoeding in aanmerking kwam, had dit veel tijd, stress en ellende kunnen voorkomen. Zij zijn een jaar in de veronderstelling geweest dat de behandeling zou worden vergoed. In juli 2014 werd door de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat een verwijzing van de huisarts voldoende was, en pas eerst in juli 2015 dat voor IVF/ICSI-behandelingen in het buitenland voorafgaand een aanvraag moest worden ingediend. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar, na fout op fout te hebben gemaakt, niet overgaat tot vergoeding van de kosten van de IVF/ICSI-behandeling en de bijbehorende medicijnen.
- 4.5. Voorts verklaart verzoekster dat zij en haar echtgenoot op 14 maart 2016 op de wachtlijst zijn geplaatst voor een ICSI-behandeling in het Radboud UMC in Nijmegen. De ziektekostenverzekeraar

heeft bij brief van 22 maart 2016 aan verzoekster medegedeeld dat voor de aangevraagde zorg - IVF/ICSI-behandelingen in het Radboud UMC in Nijmegen - geen toestemming nodig is. Het is vreemd dat thans geen voorafgaande toestemming wordt verlangd, en de kosten kennelijk wél worden vergoed. De waarde van de AMH-spiegel van verzoekster is immers ongewijzigd, de geldende regelgeving is niet veranderd, en de zorg voldoet volgens de zorgverzekeraar nog steeds niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

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. Zorg in het buitenland komt voor vergoeding in aanmerking voor zover het gaat om zorg die ook wordt vergoed als deze in Nederland plaatsvindt.

De zorgverzekering biedt aanspraak op vergoeding van consulten, onderzoeken en behandelingen in het buitenland in verband met fertiliteitsproblematiek. Fertiliteitsbehandelingen vallen onder medisch specialistische zorg. De vergoeding van fertiliteitsbehandelingen geschiedt ten laste van de zorgverzekering van de vrouw, ook als de oorzaak van de infertiliteit bij de man ligt. In de meeste gevallen wordt bij de man ook onderzoek verricht, en de kosten hiervan komen ten laste van de zorgverzekering van de man. Om voor vergoeding van fertiliteitszorg in aanmerking te komen dienen in ieder geval te worden overgelegd: voor IVF een verwijzing van de gynaecoloog of uroloog, en voor overige fertiliteitsbevorderende behandelingen een verwijzing van de huisarts of medisch specialist, een behandelplan, en, als voorafgaande toestemming wordt gevraagd, een kostenopgave.

De criteria die gelden om voor vergoeding van fertiliteitszorg in aanmerking te komen zijn als volgt.

Voor vrouwelijke verzekerden geldt een leeftijdsgrens van 43 jaar. Bij 43 jaar of ouder bestaat geen recht meer op vergoeding, tenzij de poging op 42-jarige leeftijd is gestart. Voor mannelijke verzekerden geldt geen leeftijdsgrens. Met betrekking tot IVF en ICSI geldt dat maximaal drie pogingen worden vergoed. Voorts moet de zorg voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, meer specifiek de westerse medische standaard. Voor IVF/ICSI houdt dit in dat bij vrouwen tot 38 jaar in de eerste en tweede poging maximaal één embryo mag worden teruggeplaatst, en bij de derde poging maximaal twee embryo's. Bij vrouwen van 38 tot en met 42 jaar geldt dat maximaal twee embryo's per poging mogen worden teruggeplaatst. Een IVF-behandeling moet worden uitgevoerd door een gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Een verzekerde heeft ingevolge artikel 1.2 van de zorgverzekering recht op vergoeding van zorg zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden als hij/zij op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud van omvang van de zorg worden onder andere bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM) methode.

Voor het recht op vergoeding van geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid geldt dat de medicijnen die in Nederland worden vergoed, ook worden vergoed als deze in het buitenland worden voorgeschreven.

Kosten van verzekerde zorg in het buitenland worden vergoed tot maximaal het Nederlandse tarief (artikel 9 van de zorgverzekering). De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de afgesloten verzekering. Het maximale Nederlandse tarief betreft het geldende Wmg-tarief. De vergoeding is gebaseerd op een DBC-code.

De ziektekostenverzekeraar heeft geen contracten met ziekenhuizen in het buitenland die fertiliteitszorg leveren. Daarom wordt verzekerden geadviseerd altijd voorafgaand een aanvraag in te dienen. De ziektekostenverzekeraar bericht die verzekerde dan schriftelijk of de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt, en tot welk bedrag. Een verzekerde kan ervoor kiezen om niet voorafgaand aan een behandeling een aanvraag in te dienen bij de ziektekostenverzekeraar. Hierbij wordt dan wel het risico gelopen dat geen vergoeding volgt.

5.2. Verzoekster is in Nederland gezien en onderzocht door een gynaecoloog van het CWZ. Deze heeft vastgesteld dat zij niet in aanmerking komt voor IVF/ICSI. Verzoekster heeft de behandeling vervolgens in Turkije ondergaan en het resultaat is een gezonde dochter. De nota's van de IVF-pogingen in Turkije zijn door verzoekster gedeclareerd. De medisch adviseur van de

ziektekostenverzekeraar heeft dit verzoek om vergoeding beoordeeld. Hierbij is gebleken dat de aangevraagde zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uit de informatie van het CWZ blijkt namelijk dat de AMH-spiegel van verzoekster lager dan 0,1 mg/l was.

De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de richtlijn 'Onverklaarde subfertiliteit' van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (hierna: NVOG). Tot de leeftijd van veertig jaar liggen de normale waarden van de AMH-spiegel tussen de 1 en 12 mg/l. Na de menopauze bedraagt de waarde minder dan 0,1 mg/l. De waarde van de AMH-spiegel van verzoekster is lager dan 0,1 mg/l, en daarmee zodanig laag dat een indicatie voor een IVF-behandeling in Nederland ontbreekt en vergoeding van een dergelijke behandeling niet aan de orde is. De gynaecoloog van het CWZ heeft daarom ook geoordeeld dat verzoekster in Nederland niet kon worden behandeld.

Aangezien verzoekster geen indicatie had voor IVF, komen de kosten van de behandelingen in Turkije niet voor vergoeding in aanmerking. Het feit dat de tweede behandeling succesvol was is niet relevant. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat bij een beoordeling altijd medische argumenten worden betrokken.

Nadien heeft de gynaecoloog van het CWZ zich tot de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar gewend. De gynaecoloog verklaarde dat verzoekster zwanger was, en verzocht de ziektekostenverzekeraar een uitzondering op de verzekeringsvoorwaarden te maken en de behandeling toch te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar is hiertoe niet overgegaan. De medisch adviseur heeft verklaard dat het feit dat in het buitenland een succesvolle behandeling heeft plaatsgevonden, niet leidt tot een andere conclusie. Zeker bij vruchtbaarheidsproblematiek is het nooit zeker wat de gevolgen zijn van diagnostische testen of behandelingen. Er zijn geen redenen achteraf de behandeling/begeleiding in het CWZ anders in te schatten. De medisch adviseur heeft daarom geadviseerd de afwijzende beslissing te handhaven, en de ziektekostenverzekeraar heeft dit advies overgenomen. De stelling van verzoekster dat de gynaecoloog van het CWZ met de kennis van nu destijds een andere beslissing had genomen, is slechts een aanname.

Ook een coulantevergoeding is niet aan de orde. De ziektekostenverzekeraar voert de Zorgverzekeringswet, en de daarop gebaseerde verzekeringsvoorwaarden, uit. Hierin is opgenomen welke zorg wel en welke niet tot het basispakket behoort. De ziektekostenverzekeraar wijkt hiervan niet af. Met betrekking tot de aanvullende verzekeringen geldt dat zorgverzekeraars de inhoud hiervan zelf vaststellen. Eén van de uitgangspunten van de ziektekostenverzekeraar hierbij is een royaal pakket tegen een aantrekkelijke premie. Als uitzonderingen worden gemaakt, heeft dat gevolgen voor de premie. Altijd rekening houden met de specifieke situatie van verzekerden is niet mogelijk in verband met de ongewenste precedentwerking.

In de registraties van de contactmomenten is geen toezegging voor vergoeding van de onderhavige kosten te lezen.

- 5.3. In een telefoongesprek met verzoekster heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar verwezen naar de website. Op de website is duidelijk vermeld dat het van iemands persoonlijke situatie afhangt of kosten voor vergoeding in aanmerking komen. Verder is het E111-formulier een formulier waarmee een verzekerde kan aantonen dat hij of zij is verzekerd voor zorgkosten in het land waar hij of zij woonachtig is. Het formulier heeft dezelfde functie als de EHIC. Het betekent echter niet dat alle zorg verzekerd is. De medewerker heeft voorts genoteerd dat aan verzoekster informatie is gegeven. Het is helaas niet mogelijk de exacte inhoud van het gesprek te achterhalen. De ziektekostenverzekeraar kan niet altijd voorkomen dat niet alles wordt gezegd of gevraagd.
- 5.4. Aan verzoekster zijn excuses aangeboden voor het feit dat het voor haar en haar echtgenoot vervelend is geweest dat het erg lang heeft geduurd voordat duidelijkheid is gegeven over de afwijzing van de vergoeding.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft een brief ontvangen van het Radboud UMC waarin de gynaecoloog van verzoekster de hoop uitspreekt dat wordt overgegaan tot vergoeding van de ICSI-behandeling, waarvoor verzoekster aldaar op de wachtlijst is geplaatst. Aan verzoekster is een brief gestuurd waarin is vermeld dat geen toestemming hoeft te worden gevraagd voor deze behandeling. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de behandelend gynaecoloog aan de hand van de Nederlandse wet- en regelgeving beoordeelt of de kosten van een fertiliteitsbehandeling voor vergoeding in aanmerking komen. Als dit niet het geval is, is het de plicht

van de gecontracteerde zorgaanbieder om de verzekerde hierop te wijzen. Het is niet gebruikelijk dat de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ontvangt van een behandelaar in Nederland, tenzij sprake is van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De aanvraag moet dan overigens wel uitgebreider zijn dan de brief die is ontvangen. De ziektekostenverzekeraar kan derhalve niet verklaren waarom de behandelend gynaecoloog hem heeft geïnformeerd.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering (2014-2015) en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2014-2015) 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 de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog 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 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 17 van de zorgverzekering (2014) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op IVF en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**“Omschrijving**

*Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap als u 42 jaar of jonger bent. Als u bent gestart met een eerste, tweede of derde poging IVF, dan mag u deze poging na uw 43e verjaardag afronden voor rekening van uw zorgverzekering. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan hebt u alleen recht op vergoeding van de kosten van de eerste en tweede IVF-poging als er 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst.*

*Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.*

*Een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, houdt in:*

*a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;*

*b. het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);*

*c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;*

*d. het een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.*

*(...)*

**Wie mag de zorg verlenen**

Gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

#### **Verwijsbrief**

Gynaecoloog of uroloog.

#### **Bijzonderheden**

Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, worden gelijkgesteld aan een IVF-poging.  
(...)

#### **IVF in het buitenland**

Of u in aanmerking komt voor IVF, hangt af van uw persoonlijke situatie, bijvoorbeeld van uw leeftijd en hoe lang u al probeert zwanger te worden.

Wilt u naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website.  
(...)"

Artikel 18 van de zorgverzekering (2015) is gelijkloidend.

- 8.4. Artikel 1.2 van de zorgverzekering (2014-2015) betreft de medische noodzaak, en luidt:

"U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg."

- 8.5. Artikel 9 van de zorgverzekering (2014-2015) betreft de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

#### **"9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland**

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
  - vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
  - vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.
- (...)

#### **9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland**

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u onze voorafgaande toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd.  
(...)

#### **9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste**

Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9)."

- 8.6. De artikelen 1.2, 9 en 17 van de zorgverzekering (2014-2015) en artikel 18 van de zorgverzekering (2015) zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2014-2015) 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.  
IVF is, als onderdeel van geneeskundige zorg, naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een 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 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid (Trb. 1966, 155) bepaalt:
- "Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt."*

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. De onderhavige zorg is genoten in Turkije. Dit land is geen EU-lidstaat. Op basis van artikel 13 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid, komen de kosten niet voor vergoeding in aanmerking, aangezien de gezondheidstoestand van verzoekster onmiddellijke geneeskundige behandeling niet noodzakelijk maakte. Dit betekent dat moet worden teruggevallen op de buitenlanddekking van de zorgverzekering. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 17, aanspraak op vergoeding van de kosten van de eerste, tweede en derde IVF-behandeling per te realiseren zwangerschap. Deze aanspraak geldt voor een vrouwelijke verzekerde tot 43 jaar. Conform artikel 9 vergoedt de ziektekostenverzekeraar de kosten van de onder de dekking vallende zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven dan wel maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat in haar situatie een (verzekerings)indicatie ontbreekt, en dat het verzoek om vergoeding om die reden is afgewezen. Verzoekster heeft de afwijzing gemotiveerd bestreden.
- 9.3. De eis dat een verzekerde voor een bepaalde vorm van zorg of een dienst een (verzekerings)indicatie dient te hebben is opgenomen in artikel 1.2 van de zorgverzekering, welk artikel zijn grondslag vindt in artikel 2.1 lid 3 Bzv.



De behandelend gynaecoloog heeft verklaard dat bij verzoekster sprake is van primaire subfertiliteit. De waarde van de AMH-spiegel van verzoekster ligt beneden de 0,1 mg/l. De gynaecoloog heeft geoordeeld dat verzoekster - in Nederland - niet in aanmerking komt voor een IVF-behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband toegelicht dat op basis van de richtlijn 'Onverklaarde subfertiliteit' van de NVOG geldt dat bij een AMH-spiegel van beneden 0,1 mg/l geen indicatie bestaat voor een IVF-behandeling, waarbij feitelijk aansluiting is gezocht bij het oordeel van de behandelend gynaecoloog.



Uit de richtlijn 'Onverklaarde subfertiliteit' van de NVOG volgt dat de kans op succes van een IVF-behandeling is gecorreleerd aan de uitslagen van de ovariële reservetesten (FSH, AFC, AMH). Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 29 juni 2016 geconcludeerd dat verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op de gevraagde zorg. Verzoekster had geen indicatie voor de uitgevoerde behandelingen.



De commissie is, gehoord het advies van het Zorginstituut, van oordeel dat onvoldoende aannemelijk is geworden dat verzoekster een indicatie had voor IVF/ICSI.

- 
- 9.4. De stelling van verzoekster dat, nu sprake is van een succesvolle IVF/ICSI-behandeling, moet worden aangenomen dat hiervoor destijds al een indicatie bestond, treft geen doel. De (verzekerings)indicatie wordt vastgesteld door de behandelend gynaecoloog (medisch specialist), en op basis hiervan wordt een behandelplan opgesteld. In dat kader zijn de richtlijnen van de beroepsgroep richtinggevend. Dat in het geval van verzoekster achteraf is gebleken dat toch een kans op een zwangerschap bestond, maakt niet dat de - vooraf vastgestelde - indicatie wijzigt. De behandelend gynaecoloog heeft na de succesvolle IVF-behandeling in Turkije daarom enkel verklaard dat verzoekster tot ieders verrassing zwanger was geworden. Dit is, anders dan verzoekster meent, geenszins een wijziging van de bij haar gestelde indicatie en/of het behandelplan en behelst zeker niet dat de richtlijnen van de beroepsgroep ter zijde kunnen worden gesteld.
- Dat verzoekster inmiddels op een wachtlijst is geplaatst voor een IVF/ICSI-behandeling in het Radboud UMC, maakt het voorgaande niet anders. Ook hiervoor geldt dat ten tijde van de in het geding zijnde behandeling op goede gronden is geoordeeld dat verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op de betreffende zorg.

- 
- 9.5. Nu vaststaat dat verzoekster geen indicatie had voor een IVF-behandeling, bestaat geen aanspraak op vergoeding van de onderhavige kosten ten laste van de zorgverzekering.



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

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



#### **Telefonische toezegging**

- 
- 9.7. Door verzoekster is gesteld dat op 19 dan wel 24 juli 2014 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft plaatsgevonden aangaande de vergoeding voor IVF, en dat haar bij die gelegenheid is toegezegd dat de voorwaarden voor vergoeding zijn dat een verwijzing van de huisarts dient te worden overgelegd, alsook dat de behandelend arts een daarvoor bestemde vragenlijst dient in te vullen, die tezamen met de nota dient te worden gedeclareerd. Verzoekster heeft deze stukken aan de ziektekostenverzekeraar verstrekt, en was daarmee in de veronderstelling dat de kosten van de IVF-behandelingen in Turkije zonder meer zouden worden vergoed.
- De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat op 24 juli 2014 telefonisch contact met verzoekster heeft plaatsgevonden, echter een telefonische toezegging inhoudende volledige vergoeding van de kosten van de IVF-behandelingen in Turkije is niet gedaan. Door de ziektekostenverzekeraar is een registratie van het betreffende telefoongesprek overgelegd.
- De commissie overweegt dienaangaande als volgt.
- 
- 
- 

- 9.8. In de gespreksregistratie is het volgende opgenomen: "*tel. meneer: vrouw wil second opinion en IVF in Turkije ondergaan. Info dgg en verwezen naar vragenlijst op de website voor spec. turkije. (...)*". Hieruit blijkt niet dat aan (de echtgenoot van) verzoekster een telefonische toezegging is gedaan, inhoudende volledige vergoeding van de kosten van de IVF-behandelingen in Turkije bij overlegging van een verwijzing van de huisarts en een door de specialist ingevulde, daarvoor bestemde vragenlijst.
- De verwijzing van de ziektekostenverzekeraar naar de vragenlijst op de website impliceert daarentegen wel dat verzoekster uit de daar vermelde informatie had kunnen opmaken dat naast een verwijzing van de huisarts, een verwijzing van de gynaecoloog of uroloog, een uitgebreid medisch behandelplan en - bij een voorafgaand verzoek om toestemming - een kostenopgave zijn vereist. Verzoekster beschikt over een verwijzing van de huisarts, doch een verwijzing van de gynaecoloog is niet aan de orde. Diens verklaring van 24 november 2014 - die overigens dateert van ná de eerste IVF-behandeling in Turkije - bevat enkel de conclusie dat verzoekster in Nederland niet in aanmerking komt voor een IVF-behandeling, en de vaststelling dat verzoekster en haar partner zich voor IVF/ICSI tot een kliniek in Turkije hebben gewend. Van een uitgebreid behandelplan en een kostenopgave is in het geheel niet gebleken.
- Zodoende is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een telefonische toezegging is gedaan.
- 9.9. Tot slot heeft verzoekster gepleit voor een coulante toepassing van de verzekeringsvoorwaarden. Zoals hiervoor is geoordeeld, zijn de voorwaarden duidelijk en waren deze destijds voor verzoekster kenbaar. Verder is vastgesteld dat - gelet op de richtlijnen van de beroepsgroep - een indicatie voor een IVF-behandeling ontbrak. Er is voorts geen aanleiding de verzekeringsvoorwaarden ter zijde te stellen omdat deze bij toepassing tot een uitkomst zouden leiden die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Voor zover verzoekster wenst te betogen dat aan haar een onverplichte vergoeding, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, dient te worden verleend, tekent de commissie aan dat zij te dien aanzien niet bevoegd is. Het al dan niet toekennen van een coulancevergoeding is aan de ziektekostenverzekeraar voorbehouden.

### **Conclusie**

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 juli 2016,

A.I.M. van Mierlo