

Infertiliteitsbehandelingen in het buitenland 2017

Vanuit jouw zorgverzekering kun je in aanmerking komen voor een vergoeding van consulten, onderzoeken en behandelingen in het buitenland in verband met een kinderwens bij vruchtbaarheidsproblemen. In deze brief vind je hier meer informatie over. Lees dit document aandachtig door. Bij vragen kun je contact opnemen met de klantenservice.

Uitgangspunt

Fertiliteitsbehandelingen worden in Nederland beschouwd als medisch specialistische zorg en dit geldt dus ook als je deze zorg in het buitenland wilt halen. In het buitenland worden de kosten van deze zorg op basis van de in Nederland geldende wet- en regelgeving, en volgens de verzekeringsvoorwaarden, beoordeeld en vergoed.

Daarom adviseren wij je om altijd vooraf contact met ons op te nemen als je voor deze zorg naar het buitenland gaat. Je krijgt dan schriftelijk van ons bericht of de poging voor vergoeding in aanmerking komt, en tot welk bedrag. Daarmee voorkom je mogelijk de teleurstelling dat je de kosten niet of maar voor een deel vergoed krijgt. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van jouw polis.

Met onze gecontracteerde ziekenhuizen in België hebben wij nu ook overeenkomsten m.b.t. fertiliteitsbehandelingen.

Met deze ziekenhuizen is afgesproken dat wanneer wij vooraf akkoord geven, de kosten van de behandeling (inclusief benodigde medicatie) rechtstreeks bij ons gedeclareerd worden.

Daarom adviseren wij je tijdig een aanvraag te doen. Zonder akkoord vooraf ontvang je zelf de rekening en is het mogelijk dat de kosten niet volledig worden vergoed.

Aanvragen van vergoeding

De vergoeding van fertiliteitsbehandelingen komt in de regel op naam te staan van de vrouw die de behandeling ondergaat, ook als de oorzaak bij de man ligt. In de meeste gevallen wordt er bij de man ook onderzoek verricht, dit komt voor rekening van de zorgverzekering van de man.

Zonder onderstaande stukken aan te leveren kom je niet voor vergoeding in aanmerking:

- Een verwijzing van jouw Nederlandse huisarts of Nederlandse specialist met hierin jouw voorgeschiedenis betreffende mogelijk eerdere infertiliteitsbehandelingen.
- Uitgebreid medisch behandelplan in het Nederlands, Duits, Engels, Spaans of Frans op briefpapier van het ziekenhuis met een handtekening van de behandelend arts. Dit verslag dient minimaal te beschikken over volgende aspecten:
 - Anamnese (incl. gegevens eerdere infertiliteitsbehandelingen)
 - Diagnose
 - Beschrijving van de onderzoeken en/of behandelingen, inclusief medicatie
 - Uitgesplitste kostenopgave

LET OP! De meeste buitenlandse zorgverleners willen een voorschot of het volledige bedrag ontvangen voor de behandeling start. Deze kosten dien je zelf voor te schieten en kun je samen met de nota achteraf declareren. Ook verzoeken wij je vriendelijk om de medicatie nota samen met de nota van de poging in te dienen.

Criteria om in aanmerking te komen voor een vergoeding

Leeftijd

- Als vrouwelijke verzekerde kun je tot en met 42-jarige leeftijd in aanmerking komen voor vergoeding van onderzoeken en fertiliteit bevorderende behandelingen in het buitenland. Ben je 43 jaar of ouder, dan heb je geen recht meer op een vergoeding met betrekking tot deze kosten. Tenzij je de poging op 42-jarige leeftijd bent gestart, dan krijg je de lopende poging na jouw 43ste verjaardag nog vergoed.
- Voor mannelijke verzekerden bestaat er geen leeftijdsgrens.

Aantal pogingen

- IUI en KID: geen maximaal aantal pogingen vastgesteld
- IVF en ICSI: maximaal 3 pogingen per gerealiseerde zwangerschap van minimaal 10 weken
 - Een behandeling telt als poging:
 - Als bij een punctie minimaal één rijpe eicel is verkregen. Een afgebroken IVF/ICSI poging tijdens de behandelingsfase met hormonen telt dus niet mee als poging.
 - Als in het laboratorium geen bevruchting van de eicel(len) plaatsvindt, telt de IVF/ICSI poging wel mee.
 - Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen. Als er nog embryo's over zijn nadat een doorgaande zwangerschap tot stand is gebracht, behoort het terugplaatsen daarvan niet meer tot dezelfde poging.
 - Na een doorgaande (gerealiseerde) zwangerschap of een (levend) geboren kind, al dan niet ontstaan uit IVF, ontstaat opnieuw recht op drie pogingen bij een nieuwe zwangerschapswens, als er sprake is van ongewenste infertiliteit (onvruchtbaarheid). Onder een gerealiseerde zwangerschap verstaan wij een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf de 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.
 - Na wisseling van partner bestaat opnieuw recht op een IVF-behandeltraject van 3 pogingen als er sprake is van gezamenlijke infertiliteit.

Het maakt voor de telling van pogingen niet uit waar de IVF/ICSI behandelingen hebben plaatsgevonden. Na drie niet succesvolle pogingen in Nederland en/of in het buitenland heb je geen recht meer op nog meer pogingen, ook niet in een nieuw kalenderjaar of bij verandering van zorgverzekering/zorgverzekeraar.

LET OP! Wanneer je zelf een poging bekostigd hebt telt deze ook mee in de telling van gedane pogingen.

Stand van wetenschap en praktijk

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet de zorg voldoen aan de westerse medische standaard. Voor IVF/ICSI houdt dit concreet in:

- Vrouw tot 38 jaar: in de 1e en 2de poging maximaal 1 embryo terugplaatsen: in de 3de poging maximaal 2 embryo's.
- Vrouw van 38 tot en met 42 jaar: maximaal 2 embryo's per poging

In het buitenland kan het zijn dat er naast de reguliere behandelingen ook andere behandelingen worden aangeboden. Het is mogelijk dat deze behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking komen omdat zij in Nederland (nog) niet volgens Stand van Wetenschap en praktijk zijn.

Een aantal voorbeelden hiervan zijn:

- Lipid Infusion
- Scratching
- NK cellen onderzoek

LET OP! Bij Assisted Hatching komt ook de poging zelf niet voor vergoeding in aanmerking!

Uitspraak van het Zorginstituut Nederland (voorheen College voor Zorgverzekeringen) over de vergoeding van assisted hatching:

- Een ivf-icsi behandeling met Assisted Hatching is geen verzekerde prestatie. Assisted Hatching is een onderdeel van de totale ICSI behandeling. De beroepsgroep in Nederland voert dit niet uit. In juli 2007 is een literatuursearch gedaan, die beoordeeld is. Tevens zijn de overige bronnen geraadpleegd. Op basis

daarvan concludeert het Zorginstituut Nederland dat Assisted Hatching geen behandeling is conform de stand van de wetenschap en praktijk en dat de gekoppelde ICSI behandeling ook niet voor vergoeding in aanmerking komt.

De hoogte van de vergoeding

Als de behandeling voor een vergoeding in aanmerking komt, krijg je deze vergoed gebaseerd op het Nederlandse tarief. De maximale vergoeding is gebaseerd op de DBC zorgproduct code. Hou er rekening mee dat fertiliteitsonderzoeken en behandelingen in het buitenland meestal (veel) duurder zijn dan in Nederland, en dat hierdoor een eigen betaling (buiten het verplicht en/of vrijwillig eigen risico) hoog kan zijn.

LET OP! Het kan zijn dat je geen 100% van dit tarief krijgt vergoed. Maar een percentage van dit bedrag conform de polis die je hebt afgesloten.

Tarieven 2017

Tarieven per 1 januari 2017 (op basis van de landelijk geldende NZa-tarieven)

Als man en vrouw zich aanmelden voor een intake-gesprek, dan wordt er voor beiden een DBC geopend. Op het moment dat een behandeling start (bij startecho) wordt er een DBC geopend, waarin alle consulten, echo's en verrichtingen komen die bij die behandeling horen. Deze DBC wordt na afloop van betreffende cyclus gedeclareerd.

Consulten die buiten een behandelingscyclus plaatsvinden (bijvoorbeeld gesprekken die ná een afgesloten behandeling en vóór een nieuwe behandeling plaatsvinden) komen in een aparte DBC. Deze DBC wordt pas na 120 dagen gesloten. Hierdoor kan het voorkomen dat u na 4 maanden nog een factuur krijgt voor deze gesprekken.

Onderzoeken vrouw

DBC 972804034: Gynaecologie - vrouw | Licht ambuland | Infertilititeit
€ 300,04

Onderzoeken man

DBC 972804020: Man | intake met max 2 consulten met eventueel zaad-onderzoek | Infertilititeit
€ 245,06

Laparoscopie/hysteroscopie

972804018: Diagnostische laparoscopie/hysteroscopie | Infertilititeit
€ 2.058,21

IUI

DBC 972804030: IUI met/zonder stimulatie | Infertilititeit
€ 788,34 per behandeling

KID (= geen zelfinseminatie)

DBC 972804029: KI | Infertilititeit
€ 530,28 per behandeling

IVF

DBC 972804009: IVF - stim - punctie - lab -met/zonder terugplaatsing | Infertilititeit
€ 2.026,08 per behandeling

ICSI

DBC 972804004: ICSI - stim - punctie - lab -met/zonder terugplaatsing | Infertilititeit
€ 2.301,08 per behandeling

Eicel- en spermadonatie

Je hebt geen recht op een vergoeding van de kosten voor de donatie van eicellen en/of spermacellen en/of voor de donor. Bij IVF/ICSI met eiceldonatie in het buitenland komt maximaal het tarief voor een IVF/ICSI behandeling voor vergoeding in aanmerking als je die als vrouwelijke verzekerde zelf ondergaat.

Mesa/Pesa/Tese/micro Tesa

DBC 972804015r: Man | Chirurgische verkrijging zaad | Infertiliteit

€ 1.663,64 De ICSI behandeling bij de vrouw die kan voortkomen uit de Mesa/Pesa/Tese/micro Tesabehandeling telt als een ICSI poging met de daarbij behorende maximale vergoeding.

Terugplaatsen van een (ingevroren) embryo

Als er na een volledige IVF/ICSI behandeling embryo's worden ingevroren (de zogenaamde gecryopreserveerde embryo's) en deze op een later moment terug worden geplaatst bestaat er recht op vergoeding van de kosten van het terugplaatsen. Cryo terugplaatsing telt niet als aparte poging, maar hoort bij de IVF/ICSI behandeling waar ze uit voortgekomen zijn.

DBC 972804035: IVF/ICSI - cryolab - met/zonder terugplaatsing | Infertiliteit dan geldt hier een vergoeding van € 459,30 per terugplaatsing.

Medicijnen ter bevordering van de vruchtbaarheid

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

De geneesmiddelen vallen onder de dure- en weesgeneesmiddelen en maken onderdeel uit van de medisch specialistische zorg. Dit heeft de volgende gevolgen voor de vergoeding:

Vergoeding tegen het wmg-tarief	Vergoeding onder de DBC (valt onder het tarief van de poging)
Menopur	Decapeptyl
Meriofert	Orgalustran
Merional	Gonapeptyll
Fostinom	Pregnyl
Gonal-F	Triptofem
Bemfola	Cetrotide
Elonva	Ovitrelle
Clomid	
Clomifeem	
Lutrelf	
Menogon	
Synarel	
Lutinus	
Utrogestan	

Bij het declareren moet op de nota het volgende duidelijk vermeld staan: welke geneesmiddelen het betreft, wat is de dosering, en welk aantal is verstrekt. Wij verzoeken je deze medicijnen in het behandelend ziekenhuis/centrum te halen.

Kan jouw zorgverlener deze medicijnen niet verstrekken? Dan kun je de IVF-ICSI medicijnen bij een ander ziekenhuis/centrum of apotheek halen. Bij het declareren van deze nota's verzoeken wij je deze samen met de nota van de IVF-ICSI poging in te dienen. Indien je dat niet doet heb je kans dat deze nota's in eerste instantie worden afgewezen, mocht dit het geval zijn dan kun je contact opnemen met ons. Wij willen je erop wijzen dat dit een tijdelijke regeling is.

De genoemde prijzen zijn onder voorbehoud.

Aan deze lijst kunnen geen rechten ontleend worden.

Actuele prijzen zijn te vinden via bijgaande link:

<http://dbc-zorgproducten-tarieven.nza.nl/nzaZpTarief/ZoekfunctieDot.aspx>