

ZORG OVER DE GRENS

Geen grip op kwaliteit van buitenlandse fertiliteitsbehandelingen

Steeds meer Nederlanders kiezen voor een vruchtbaarheidsbehandeling in het buitenland. Op zich niet verkeerd. Maar betaald door onze basisverzekering gebeuren daar soms zaken waar we niet altijd gelukkig mee moeten zijn.

JAN KREMER C.S.

Vruchtbaarheidsstoornissen komen veel voor. Ongeveer één op de zeven paren krijgt ermee te maken. Op dit moment is naar schatting één op de veertig kinderen in Nederland het resultaat van een ivf-behandeling.¹

Een vruchtbaarheidsstoornis raakt mensen diep, vaak veel dieper dan de buitenwereld vermoedt. Voor veel patiënten is het een bijna existentieel probleem dat vaak raakt aan de zingeving van hun leven. Het is dan ook niet vreemd dat mensen veel over hebben voor een behandeling die de kans op zwangerschap >>

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

Casus 1. DRIE EMBRYO'S

Een 27-jarige Turkse vrouw probeert samen met haar man al jaren zwanger te worden. Hij heeft een ernstig verminderde zaadkwaliteit. Twee ICSI-behandelingen in Nederland, waarbij telkens één embryo werd geplaatst, waren zonder succes. Enige jaren later zien we haar terug. Haar man had een diagnostisch testisbiopt gehad in Turkije, iets wat in Nederland in dit geval niet zinvol wordt geacht. Een jaar later zien we haar weer terug. Ze heeft in Turkije een derde ICSI-behandeling laten doen, waarvan ze zwanger is geworden. Na een transfer van drie (!) embryo's, blijkt er sprake te zijn van een trichoriale drielingzwangerschap. Vanaf 25 weken amenorroe ligt ze in een Nederlands ziekenhuis vanwege een dreigende partus praematurus. Nu, in de 32ste week, ligt ze er nog steeds.

<< vergroot. Al langer gaan Nederlandse paren naar het buitenland voor vruchtbaarheidsbehandelingen. Sinds uitspraken van het Europese Hof van Justitie, de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep en de komst van de nieuwe Zorgverzekeringswet lijkt dit echter alleen nog maar toe te nemen.^{2,3} Reden hiervoor is dat nu ook in het buitenland verrichte zorg (gedeeltelijk) voor vergoeding in aanmerking komt.⁴ De landsgrens mag immers geen belemmering meer zijn voor het vergoeden van zorg voor zover die onder de te verzekeren prestaties valt.

VER REIZEN

Op het eerste gezicht is het vreemd om voor een vruchtbaarheidsbehandeling naar het buitenland te gaan. De patiënt moet er vaak ver voor reizen, terwijl de kwaliteit van de Nederlandse zorg over het algemeen goed en goedkoop is. Toch kiezen mensen soms voor een behandeling buiten Nederland.

Dat doen ze ten eerste als behandelingen hier niet of slechts in beperkte mate mogelijk zijn. Tot voor kort gingen bijvoorbeeld veel paren naar België of Duitsland voor ICSI (intracytoplasmatische sperma-injectie) met chirurgisch verkregen zaad. Op die behandeling is in ons land in 1996 een moratorium ingesteld, omdat er nog onvoldoende bekend was over de gevolgen

voor het nageslacht. Inmiddels zijn er meer gegevens en kunnen deze behandelingen ook hier weer in onderzoeksverband plaatsvinden, mits gecombineerd met een goede follow-up voor de kinderen.

Tevens gaan veel Nederlanders nog steeds naar (vooral) België voor anonieme donorinseminatie, die in ons land niet meer is toegestaan na invoering van de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting in 2002. Verder gaan veel Nederlandse paren naar bijvoorbeeld Spanje voor anonieme eiceldonatie. Die behandeling is daar in veel ruimere mate mogelijk, omdat commerciële eiceldonatie er niet verboden is. Voor veel geld ondergaan jonge Spaanse vrouwen ivf-behandelingen waarbij ze eicellen afstaan voor anonieme donatie.

NATUURLIJKE CONCEPTIE

Paren kiezen ook vaak voor een behandeling in het buitenland als Nederlandse artsen het niet doelmatig vinden hen een behandeling aan te bieden omdat zij de kans op zwangerschap te laag schatten om nog zinvol te zijn of omdat zij juist

Klinieken presenteren mooie, maar misleidende succescijfers

nog geen indicatie zien voor behandeling vanwege de hoge kans op natuurlijke conceptie. Vaak zijn de commerciële belangen in buitenlandse klinieken groot en is men liberaal met de indicatiestelling. Vooral de portemonnee van de patiënt bepaalt dan het beleid.

Ook gaan paren naar het buitenland omdat zij denken daar een hogere kans op succes te hebben, iets wat overigens niet wordt bevestigd door een vergelijking van de Europese ivf-cijfers.⁵ Ook hier spelen commerciële belangen een rol. Klinieken zijn dan vaak goed in het presenteren van mooie maar misleidende succescijfers en bieden behandelvariëaties aan die niet bewezen zinvol zijn, maar wel lucratief. Voorbeeld hiervan is *assisted hatching*, waarbij een gat wordt gemaakt in de schil rondom een embryo.

Tot slot kiezen paren vaak voor een behandeling in het buitenland omdat ze daar oorspronkelijk vandaan komen. Zo gaan veel Turkse paren in de zomervakantie naar klinieken in Turkije. Ze voelen zich daar thuis en hebben in die klinieken meer vertrouwen. Op zich is dat zeer invoelbaar: Nederlandse paren in het buitenland doen immers hetzelfde en komen voor dit soort behandelingen ook vaak terug naar eigen land.

VERGOEDEN

De nieuwe Zorgverzekeringswet werkt bovenstaande ontwikkelingen in de hand. Zorgverzekeraars moeten nu immers ook behandelingen vergoeden die in een ander Europees land plaatsvinden, tegen maximaal een marktconform tarief op basis van de situatie in Nederland. Voorwaarde is dan wel dat het zorg betreft conform de stand van de wetenschap en praktijk, zoals ivf, ICSI en sinds kort ook testiculaire sperma-extractie (TESE). Op zich is dat een goede zaak. Het vergroot de keuzemogelijkheden van de patiënt en het stimuleert Nederlandse

zorgverleners om concurrerende zorg aan te bieden. Het probleem is echter dat die zorg dan wel wordt gegeven volgens de ethische en medische normen van dat andere land. En die kunnen behoorlijk afwijken van de onze, zo blijkt uit enkele praktijkvoorbeelden (zie *kaders*).

EICELDONATIE

In Nederland vinden vruchtbaarheidsbehandelingen op een zorgvuldige en acceptabele wijze plaats. Zowel de overheid als de beroepsorganisaties speelt daarbij een belangrijke rol. De overheid heeft een aantal wetten gemaakt die de kaders vastleggen van wat wel en niet mogelijk moet zijn.

De Embryowet (2000) en de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting (2002) zijn daarvan goede voorbeelden. Zo is bijvoorbeeld commerciële eiceldonatie in ons land verboden en zijn de rechten van een kind dat 'ontstaat' na gameetdonatie goed omschreven. Daarnaast stimuleert de overheid via ZonMw wetenschappelijk onderzoek om de doelmatigheid van vruchtbaarheidsbehandelingen te vergroten en de implementatie van kennis te bevorderen. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) is erg actief op het gebied van opleiding en kwaliteit van zorg. Voortplantingsgeneeskunde (VPG) is sinds kort een eigen subspecialisme met eigen opleidingseisen en er is een hele set van richtlijnen en kwaliteitsnormen, die worden getoetst bij visitaties. Tot slot heeft de NVOG met steun van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) de Stichting Landelijke Infertiliteit Registratie (LIR) opgericht, die al jaren de ivf-resultaten van alle Nederlandse centra publiceert en hard werkt aan een betere kwaliteitsregistratie voor alle vruchtbaarheidsbehandelingen die in ons land worden verricht.

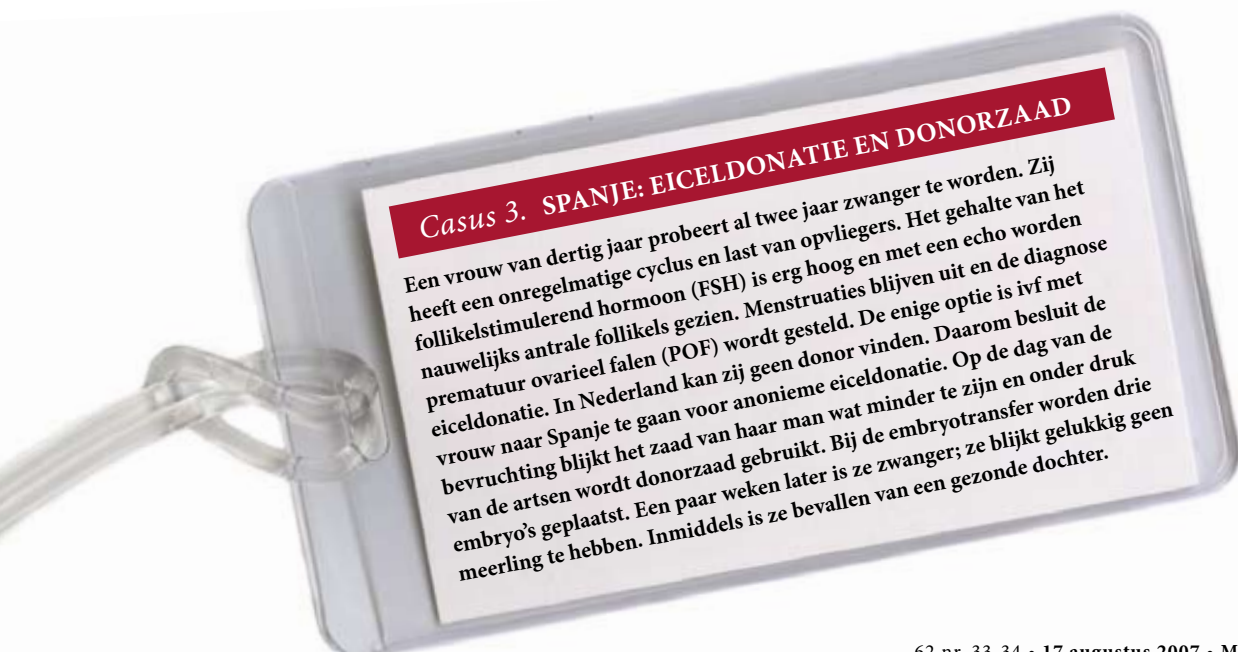
COMPLICATIES

De cases (zie *kaders*) laten zien dat de kwaliteit van zorg waaraan in ons land zo hard wordt gewerkt, bij behandelingen in het buitenland niet altijd wordt gehaald. Dat heeft medische,

ethische en financiële consequenties. Ook voor de patiënt is het niet alles goud wat er blinkt. Vaak gaat het natuurlijk wel goed, maar toch is het gek dat zorgverzekeraars dankzij de nieuwe wet en de Europese regels moeten meebetalen aan behandelingen waarvan de kwaliteit onvoldoende is - of niet goed te bewaken - en waarbij ethische grenzen worden overschreden.

Om complicaties van meerlingzwangerschappen te voorkomen, is in Nederland afgesproken om bij ivf niet meer dan twee embryo's in de baarmoeder te plaatsen. Maar Nederlandse verzekeraars betalen wel mee aan behandelingen in buitenlandse klinieken waarmee geen afspraken zijn gemaakt en die anders te werk gaan, zoals in drie van de vier beschreven cases. Dat is niet goed voor de patiënte en voor haar eventuele kinderen. Maar het is ook niet goed voor de Nederlandse premiebeter, want de hoge kosten van de complicaties van een meerlingzwangerschap (zoals vroeggeboorte) zijn wel voor de Nederlandse zorgverzekeraar.

In Nederland wordt ook geen ivf uitgevoerd als de artsen denken dat het niet zinvol is. Maar zinloze behandelingen in het buitenland worden wel vergoed. (zie *kader 2*). >>



SAMENVATTING

<< Ook is commerciële eiceldonatie hier verboden omdat we dat ethisch niet gewenst vinden, maar er wordt wel aan die behandeling meebetaald als de verrichting in Spanje plaatsvindt (zie kader 3). Daarnaast is er in Nederland weliswaar steeds meer aandacht voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, maar wordt via vergoedingen wel meegewerkt aan onveilige zorg over de grens (zie kader 4).

Tot slot is het bewaken van de kwaliteit van de geleverde zorg van groot belang en is ivf-registratie verplicht in het kader van de Wet op bijzondere medische verrichtingen. De resultaten van behandelingen in het buitenland vallen echter buiten de verplichte registratie.

EUROPESE MARKT

Problemen zoals hier omschreven, beperken zich niet tot vruchtbaarheidsbehandelingen. Met het opengaan van de Europese markt zullen Nederlandse zorgverzekeraars op veel meer terreinen behandelingen moeten vergoeden waarvan de kwaliteit niet goed is of helemaal niet is te controleren.

Wat moet er gebeuren? In principe zijn er twee mogelijkheden. Of Nederland stopt met het maken van eigen kwaliteitsnormen en laat de Europese markt en regelgeving bepalen wat ethisch en medisch goede zorg is. Of alleen die behandelingen in het buitenland worden vergoed, die voldoen aan onze kwaliteitseisen en wetgeving. Kwaliteit van zorg dient immers niet bij onze landsgrenzen op te houden. Wat Europese marktgoeroes daar ook over mogen denken. ■

- Steeds meer Nederlanders kiezen voor vruchtbaarheidsbehandelingen in het buitenland. Op zich niet verkeerd. Er zijn invoelbare redenen voor en het prikkelt Nederlandse zorgverleners om concurrerende zorg te bieden.
- Een viertal cases illustreert echter dat de kwaliteit en veiligheid hierdoor onder grote druk kan komen te staan. Al dan niet betaald door onze basisverzekering gebeuren er zaken die slecht en gevaarlijk zijn en die tegen de Nederlandse wetgeving indruisen.
- Deze problemen beperken zich niet tot vruchtbaarheidsbehandelingen.
- Met het opengaan van de Europese markt zullen we steeds vaker behandelingen in het buitenland betalen waarvan de kwaliteit niet of niet goed is te controleren.

Casus 4. TURKIJE: 31 EICELLEN

Een patiënte van 26 jaar heeft een regelmatige cyclus, maar bij een echo worden wel veel kleine follikels gezien. Bij haar man is azoöspermie vastgesteld. Het stel kiest voor ICSI met chirurgisch verkregen zaad en gaan daarvoor naar Turkije. Zij kan daar snel terecht en voelt zich er meer thuis omdat ze er vandaan komt. De ivf-behandeling begint met stimulatie van de follikelgroei met een voor deze jonge patiënte veel te hoge dosering van 300E FSH. Het resultaat is maar liefst 31 eicellen en een enorme overstimulatie. Ze wordt erg ziek en blijft weken in een ziekenhuis vanwege een ernstig ovarieel hyperstimulatie syndroom (OHSS) en ondergaat ter verlichting verschillende ascitespuncties.

prof. dr. J.A.M. Kremer,
gynaecoloog UMC St Radboud

drs. M.J.A. van Eijndhoven,
arts Maatschappij en Gezondheid (M&G), College voor Zorgverzekeringen (CVZ)

drs. J. van der Avoort,
gynaecoloog Elkerliek Ziekenhuis

dr. B. Cohlen,
gynaecoloog Isala klinieken

prof. dr. D. Braat,
gynaecoloog UMC St Radboud, vice-voorzitter Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Correspondentieadres: j.kremer@obgyn.umcn.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

De eerste auteur is voorzitter van de landelijke ivf-werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Literatuur

1. Tien jaar IVF-resultaten in Nederland (1996-2005). Kremer JAM, Bots RSGM, Cohlen B, Crooij M, Dop PA van, Jansen CAM, Land JA, Laven JSE, Kastrop PMM, Naaktgeboren N, Schats R, Simons AHM, Veen F van der. Ned Tijdschr Geneesk. In press, 2007. 2. Europese Hof van Justitie: de uitspraak Müller-Fauré en Van Riet van 13 mei 2003 (RZA 2003, 139). 3. Centrale Raad van Beroep: van 31 januari 2007 (RZA 2007, 74). 4. Resultaten van ivf bij Nederlandse paren in Gent. Sutter P de, Elst J van der, Dhont M. Ned Tijdschr Geneesk. 2003; 147 (36): 1741-6. 5. The European IVF-monitoring program (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Andersen AN, Gianaroli L, Felberbaum R, de Mouzon J, Nygren KG. Assisted reproductive technology in Europe, 2002. Results generated from European registers by ESHRE. Hum Reprod. 2006 Jul; 21 (7): 1680-97.

Het rapport 'Vruchtbaarheidsstoornissen; kansen voor doelmatiger zorg' kunt u inzien via www.medischcontact.nl/dezeweek.

