

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

Zaaknummer: 202303058

Partijen

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

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar de kosten van de tweede ICSI-behandeling te vergoeden.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat alleen als terugplaatsing van alle beschikbare embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap, een ICSI-poging stopt. Eerst daarna kan een volgende poging voor vergoeding in aanmerking komen.
- 1.2. De commissie overweegt dat, gelet op het advies van het Zorginstituut van 23 januari 2024, van een nieuwe ICSI-poging pas sprake kan zijn nadat een doorgaande zwangerschap is ontstaan uit de eerste poging dan wel nadat alle, naar aanleiding van een punctie beschikbare embryo's zijn teruggeplaatst en dit niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap. Als uit de eerdere punctie nog embryo's beschikbaar zijn, is het starten van een nieuwe ICSI-poging geen verzekerde zorg. Het Zorginstituut licht toe dat de reden hiervan is dat niet onnodig embryo's ontstaan en ongebruikt blijven. Ook wordt op deze wijze voorkomen dat vrouwen onnodig worden blootgesteld aan hormonale stimulatie en punctie. De commissie ziet in de argumenten van verzoekster geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken en maakt de conclusie hiervan tot de hare. De commissie overweegt verder dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet onaanvaardbaar is verzoekster aan de voorwaarden voor IVF/ICSI te houden. Met het oog op het vergroten van de slagingskans was er geen noodzaak de tweede punctie eerder uit te voeren. Ook is niet objectiveerbaar dat door die keuze meer of beter geschikte eicellen, en na bevruchting embryo's, zijn verkregen. Dit leidt ertoe dat het verzoek moet worden afgewezen.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 24 oktober 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 7 november 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

- 2.2. Bij brief van 2 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 januari 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 23 januari 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024000285) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 januari 2024 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 februari 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Na de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar bij brief van 6 maart 2024 in de gelegenheid gesteld een aanvullende reactie te geven. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 7 maart 2024 gedaan. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Zij heeft bij brief van 13 maart 2024 van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van haar reactie is op 19 maart 2024 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 19 maart 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 23 januari 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 2 april 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. In dezelfde brief heeft het Zorginstituut nog een aanvullende toelichting gegeven. Een kopie hiervan is op 3 april 2024 aan partijen gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 14 april 2024 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 16 april 2024 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorgzaam Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Zorgzaam Ster 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster en haar partner hebben zich in verband met een fertiliteitsprobleem gewend tot een arts in Toronto, Canada. Deze heeft twee behandelingen met intracytoplasmatische sperma injectie (hierna: ICSI) voorgesteld. De tweede ICSI-behandeling heeft geleid tot twee embryo's, waarvan er één bij verzoekster is geplaatst. Verzoekster heeft hierna een dochter gekregen. De kosten van beide behandelingen heeft verzoekster gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Bij brief van 20 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de tweede ICSI-behandeling niet wordt vergoed.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 10 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 23 januari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3.6. Bij brief van 2 april 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar de kosten van de tweede ICSI-behandeling te vergoeden.

4.2. Zij heeft hiertoe in het klachtenformulier van 24 oktober 2023 toegelicht dat zij ten tijde van de behandeling woonachtig was op Curaçao, omdat haar echtgenoot daar door Defensie was geplaatst. Zij heeft voor de arts in Toronto gekozen omdat zij zelf Canadese is, en omdat deze arts een vooraanstaand en internationaal erkend specialist is op het gebied van in vitrofertilisatie (IVF) en ICSI. De ziektekostenverzekeraar weigert vergoeding van het tweede ICSI-traject, omdat het eerste had moeten worden afgesloten met een embryoplaatsing. De medisch specialist heeft echter aanbevolen om tussentijds meer eitjes ('batches') op te halen in plaats van met de eerste 'oogst' linea recta over te gaan tot plaatsing. Onderweg in het traject vallen er namelijk nog veel eitjes af door bijvoorbeeld andere testen en ouder worden. Het is geen gegeven dat één ronde genoeg eitjes oplevert die zullen uitgroeien tot een plaatsbaar embryo. Het voorstel van de medisch specialist leek verzoekster daarom zeer plausibel en logisch. Ook omdat de kans van slagen, wanneer zij in één keer was doorgegaan naar plaatsing, een stuk kleiner was. Dit zou op de lange termijn meer kosten hebben opgeleverd, ook voor de ziektekostenverzekeraar.

4.3. In haar brief aan de commissie van 25 februari 2024 heeft verzoekster aanvullend aangevoerd dat de behandelend arts één van de grondleggers is van IVF/ICSI in Canada. Daarnaast doet hij als hoogleraar onderzoek en geeft hij les in deze discipline aan de Universiteit van Toronto. Verzoekster heeft verder toegelicht dat zij ten tijde van de cyclus van juni 2022 op dag zes heeft moeten beslissen zich opnieuw voor te bereiden op een punctie. De reden hiervoor was dat beide embryo's na genetisch testen abnormaal bleken te zijn. Het terugplaatsen van abnormale embryo's zou hebben geresulteerd in een miskraam of een nieuwgeborene met afwijkingen. Indien de voorwaarden van de zorgverzekering waren gevolgd, had dit ertoe geleid dat twee abnormale embryo's hadden moeten worden teruggeplaatst om in aanmerking te kunnen komen voor een tweede ronde IVF/ICSI. Dit is een zeer onwenselijke situatie. Volgens het Zorginstituut zijn deze regels bedoeld om te voorkomen dat vrouwen onnodig worden blootgesteld aan potentieel risicovolle en belastende hormonale stimulatie en punctie. Die situatie is op verzoekster echter niet van toepassing. De eerste punctie resulteerde in twee abnormale embryo's. De tweede punctie leidde er eveneens toe dat twee embryo's werden verkregen, maar ditmaal betrof het normale embryo's. Deze lage aantallen kunnen volgens verzoekster onmogelijk worden gecategoriseerd als onnodig en hebben geen onnodige blootstelling veroorzaakt aan potentieel risicovolle en belastende, hormonale stimulatie en punctie. Voorts onderschrijven de getallen de stelling van de behandelend arts dat er gemiddeld twee normale embryo's nodig zijn om tot een gezonde nieuwgeborene te komen. Hierop heeft hij dan ook zijn medisch advies (of zijn behandelstrategie) aangepast. Verzoekster acht wat zij aan de ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd redelijk en billijk. Niet alleen medisch gezien, maar ook gezien de omstandigheden waarin verzoekster de ICSI-behandelingen heeft ondergaan.

4.4. Ter zitting heeft verzoekster herhaald dat haar primaire punt is dat het niet redelijk is dat ingevolge de regels geen vergoedingsmogelijkheid bestaat voor een volgende poging ICSI-behandeling als een eerdere poging niet is afgemaakt. Het terugplaatsen van de embryo's die werden verkregen uit de eerste batch zou hebben geleid tot ofwel een miskraam ofwel een kind met een afwijking. Het was daarom niet redelijk om van haar te verlangen dat deze embryo's werden teruggeplaatst, met als enkele redenen een vergoeding te kunnen krijgen voor de tweede ronde ICSI. Verzoekster begrijpt dat er in Nederland andere regelgeving geldt dan in Noord-Amerika, maar in Noord-Amerika is het gebruikelijk embryo's die niet normaal zijn, niet terug te plaatsen. Voorts heeft de IVF-arts in Canada naar voren gebracht dat er in principe meer dan twee embryo's nodig zijn om te kunnen doorgaan, omdat de slagingskans maar 40% is en

40% van twee embryo's weinig tot geen kans geeft op een succesvolle zwangerschap. Dit is ook opgenomen in zijn brief. Het was tevens de reden om door te gaan met de tweede batch. Het genetisch testen was een keuze; in Nederland is dit niet gebruikelijk. Dat de embryo's uit de eerste batch niet bruikbaar waren kwam alleen aan het licht door het testen.

- 4.5. Bij brief van 13 maart 2024 heeft verzoekster, in reactie op het nagekomen stuk van de ziektekostenverzekeraar, verklaard dat deze brief haar geen nieuwe inzichten geeft. Bij brief van 14 april 2024 heeft verzoekster, in reactie op het definitief advies van het Zorginstituut, verklaard dat het hierin gestelde geen correcte weergave is van de werkelijkheid en de feiten die zijn uiteengezet in de brief van 25 februari 2024. Daarin staat namelijk dat geen van de twee embryo's die het "Day 6 embryos stadium" hebben bereikt normaal waren. Dit betekent dat er 0% kans was op een embryo dat geschikt was voor terugplaatsing. Verzoekster heeft in voorgaande correspondentie en tijdens de hoorzitting de redenen toegelicht om genetisch te testen. Eén van deze redenen was juist de geschiktheid om terug te plaatsen, naast de gezondheid van de nieuwgeborene. In de laatste alinea sluit het Zorginstituut af met de volgtijdelijkheid van het handelen van verzoekster. In de brief van 25 februari 2024 en tijdens de hoorzitting heeft verzoekster de stelling van de behandelend medisch specialist naar voren gebracht dat er gemiddeld twee normale embryo's nodig zijn om tot een gezonde nieuwgeborene te komen en het feit dat hij zijn medisch advies (of zijn behandelstrategie) tussentijds heeft aangepast. In de brief staat verder te lezen dat verzoekster dit batchen meerdere malen heeft geprobeerd telefonisch uit te leggen aan de ziektekostenverzekeraar. Ook tijdens de hoorzitting is dit punt naar voren gebracht. Naar de mening van verzoekster is de zin uit de laatste alinea "ook al bleek achteraf dat de embryo's van de eerste poging niet geschikt waren voor terugplaatsing" in dit kader niet gepast.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de tweede ICSI-behandeling. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 10 januari 2023 aangevoerd dat de eerste ICSI-behandeling altijd dient te worden afgemaakt alvorens in aanmerking te kunnen komen voor vergoeding van de volgende. In het geval van verzoekster was de eerste poging niet volledig afgerond. Daarom worden de kosten van de tweede ICSI-behandeling niet aan verzoekster vergoed.
- 5.2. In het nader commentaar van 2 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend aangevoerd dat uit de toepasselijke polisvoorwaarden, de onderliggende bepaling in het Besluit zorgverzekering, en een standpunt van het Zorginstituut volgt wanneer een IVF-poging voor vergoeding in aanmerking komt. Alleen als terugplaatsing van alle beschikbare embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap, stopt een poging. Eerst daarna kan een volgende IVF-poging voor vergoeding in aanmerking komen. De partner van verzoekster is hierover diverse keren telefonisch geïnformeerd.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de eerste poging niet is afgerond, waardoor de tweede poging niet voor vergoeding in aanmerking komt. De nagekomen informatie brengt hierin geen verandering. Waar het om gaat, is dat er concreet al een tweede poging is gestart toen het genetisch onderzoek naar de eerdere embryo's nog niet was afgerond. Als dit wel was afgewacht, was het niet nodig geweest de ongeschikte embryo's terug te plaatsen. Er is in Nederland afgesproken dat er niet wordt gestart met een tweede poging voordat de eerste is afgerond. Dat achteraf is gebleken dat de embryo's van de eerdere poging niet gezond waren, maakt niet dat dan de tweede poging kan worden vergoed, omdat niet de juiste stappen zijn gevolgd. Dit zou niet eerlijk zijn naar andere verzekerden. Met de medisch adviseur is gesproken over een eventuele coulancevergoeding. Deze zei dat het risico dat iemand loopt door een IVF-traject zwaar is en dat er niet te lichtvaardig mee moet worden omgegaan. Er wordt daarom niet achteraf gekeken. Om die reden wordt geen coulance verleend.

- 5.4. Bij brief van 7 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar, daarnaar door de commissie gevraagd, verklaard dat bij hem geen signalen bekend zijn dat in de praktijk onduidelijkheid bestaat over de vraag wanneer een IVF-poging eindigt. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar geen signalen ontvangen dat de wet- en regelgeving op het gebied van een IVF-poging op (korte) termijn zal worden aangepast. Buitenlandse zorgaanbieders opereren in een ander systeem dan in Nederland, waarbij mogelijk diverse onderzoeken en behandelingen worden aangeboden die in Nederland niet worden toegepast. Uit Richtlijn 2011/24/EU volgt dat zorgverzekeraars de verplichting hebben tot terugbetaling van kosten van grensoverschrijdende gezondheidszorg. Deze terugbetaling dient beperkt te blijven tot de prestaties waarop de verzekerde uit hoofde van de wetgeving van de lidstaat van aansluiting - in dit geval: Nederland (commissie) - recht heeft (considerans onder 13). In Nederland worden vruchtbaarheidsonderzoeken en -behandelingen volgens medische richtlijnen uitgevoerd. Deze richtlijnen worden opgesteld door de beroepsvereniging van gynaecologen (NVOG) aan de hand van internationale wetenschappelijke data. Uit de wettelijke bepalingen en het standpunt van het Zorginstituut volgt dat van een nieuwe poging als bedoeld in het Besluit zorgverzekering alleen sprake is nadat een doorgaande zwangerschap is ontstaan ofwel terugplaatsing van alle beschikbare embryo's na een punctie niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap. Dit betekent dat als men de uit een poging ontstane embryo's (vooralsnog) niet gebruikt, maar start met een nieuwe poging, deze nieuwe poging geen verzekerde zorg is. Het gaat hier niet om slechts een formaliteit. Allereerst voorkomt dit dat vrouwen onnodig worden blootgesteld aan, potentieel risicovolle en belastende, hormonale stimulatie en punctie. Ook voorkomt het afronden van een eerdere poging dat onnodig embryo's ontstaan en ongebruikt blijven.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 23 januari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De informatie in het dossier is juridisch beoordeeld. Gelet op de voorliggende vraag in het geschil kan een medische beoordeling achterwege blijven. Uit de wettelijke bepalingen en het standpunt van het Zorginstituut volgt dat van een nieuwe poging als bedoeld in het Bzv alleen sprake is nadat een doorgaande zwangerschap is ontstaan ofwel terugplaatsing van alle beschikbare embryo's na een punctie niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap. Dit betekent dat als men de uit een poging ontstane embryo's (vooralsnog) niet gebruikt, maar start met een nieuwe poging deze nieuwe poging geen verzekerde zorg is. Mocht een vrouw overigens de uit de eerste poging verkregen cryo-embryo's alsnog laten terugplaatsen na een tweede of derde niet-verzekerde poging, dan is dat verzekerde zorg, maar uitsluitend als de vrouw ten tijde van het starten van de eerste ivf-poging jonger is dan 43 jaar.

In geval van verzoekster is de eerste ICSI-poging niet afgerond door middel van een terugplaatsing. Dit maakt dat de tweede ICSI-poging van verzoekster niet voor vergoeding in aanmerking komt. De argumentatie van de Canadese specialist kan hier geen verandering in brengen. Het Zorginstituut merkt op dat de geldende regelgeving bevordert dat onnodig embryo's ontstaan en ongebruikt blijven. Bovendien voorkomt het dat vrouwen onnodig blootgesteld worden aan, potentieel risicovolle en belastende, hormonale stimulatie en punctie.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de tweede ICSI-poging van verzoekster niet voor vergoeding in aanmerking komt omdat de eerste ICSI-poging niet is afgerond door middel van een terugplaatsing.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een ICSI-behandeling zonder afronding van een voorafgaande ICSI-poging maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

- 6.2. In het definitief advies van 2 april 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Verzoekster geeft aan dat er 40% kans is dat een embryo geschikt is voor terugplaatsing. U vraagt of hierover publicaties bekend zijn dan wel of het hier gaat om een gezaghebbende mening. De kans op een doorgaande zwangerschap per gestarte cyclus voor ICSI is ongeveer 25%. Dit percentage is ongeveer 28% als gerekend wordt vanaf de follikelpunctie en circa 31% als gerekend wordt vanaf de embryotransfer. Dat het slagingspercentage niet 100% is, wordt waarschijnlijk (deels) verklaard door genetisch 'ongeschikte embryo's'. In Nederland worden embryo's echter niet standaard genetisch getest.

Uit het voorgaande maakt het Zorginstituut op dat niet alle ingebrachte embryo's tot een doorgaande zwangerschap leiden. Toch is in Nederland besloten om per poging (tot en met het plaatsen van embryo's) te vergoeden, en niet eerst meerdere cycli te starten alvorens de embryo's terug te plaatsen.

Zoals reeds aangegeven in het voorlopig advies wordt hiermee voorkomen dat vrouwen mogelijk onnodig blootgesteld worden aan, potentieel risicovolle en belastende, hormonale stimulatie en punctie, en dat er onnodig embryo's ontstaan en ongebruikt blijven.

Tot slot merkt het Zorginstituut op dat de testresultaten nog niet beschikbaar waren ten tijde van het starten van de tweede poging. Er is daarom geen reden om de eerste poging als afgerond te beschouwen, ook al bleek achteraf dat de embryo's van de eerste poging niet geschikt waren voor terugplaatsing. Omdat de eerste poging niet is afgerond kan de tweede poging niet ten laste van de basisverzekering gebracht worden."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg, waaronder een ICSI-behandeling, alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. In artikel 19 van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op IVF en overige vruchtbaarheid gerelateerde zorg geregeld. Aanspraak bestaat op een eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap als de verzekerde 42 jaar of jonger is. ICSI wordt op dezelfde wijze beoordeeld als IVF, omdat ICSI hiervan een variant is. Artikel 19 bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

"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.

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. 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, dan heeft u recht op terugplaatsing van de embryo's op grond van artikel 19.2, Overige vruchtbaarheidsgerelateerde zorg."

- 8.3. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster aanspraak heeft op de eerste ICSI-poging. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of ook de tweede ICSI-poging voor vergoeding in aanmerking komt. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 23 januari 2024 kan van een nieuwe poging pas sprake zijn, nadat een doorgaande zwangerschap is ontstaan uit de eerste poging dan wel nadat alle beschikbare embryo's van een punctie zijn teruggeplaatst en dit niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap. Als uit de eerdere punctie nog embryo's beschikbaar zijn, zoals in de situatie van verzoekster ten tijde van de tweede punctie, is het starten van een nieuwe poging geen verzekerde zorg. Het Zorginstituut licht toe dat de reden hiervan is dat niet onnodig embryo's ontstaan en ongebruikt blijven. Ook wordt op deze wijze voorkomen dat vrouwen onnodig worden blootgesteld aan hormonale stimulatie en punctie. Het Zorginstituut heeft deze argumentatie in zijn definitief advies van 2 april 2024 herhaald. De commissie leidt hieruit af dat, onder de gegeven omstandigheden, op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de tweede ICSI-poging.

Redelijkheid en billijkheid

- 8.4. Verzoekster heeft betoogd dat het niet redelijk is om van haar te vergen dat zij de twee embryo's die bij de eerste ICSI-poging zijn verkregen, zou moeten laten terugplaatsen, uitsluitend om deze poging te voltooien. Bij genetisch onderzoek is namelijk gebleken dat beide, naar aanleiding van de eerste poging verkregen embryo's ongeschikt waren voor terugplaatsing. Terugplaatsing zou hebben geresulteerd in een miskraam dan wel een kindje met een afwijking. De commissie begrijpt deze stelling aldus dat verzoekster het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar vindt dat zij wordt gehouden aan de regelgeving op het gebied van IVF/ICSI en hetgeen hierover is opgenomen in de polisvoorwaarden (artikel 6:2 en 6:248, tweede lid, BW). Met betrekking hiertoe overweegt de commissie dat weliswaar uit genetisch onderzoek is gebleken dat de embryo's die bij de eerste ICSI-poging zijn verkregen ongeschikt waren, maar dat dit pas is gebleken ná de tweede punctie. Verzoekster had de tweede punctie reeds doen uitvoeren voordat vast stond dat de embryo's van de eerste batch ongeschikt waren. De ongeschiktheid van de uit de eerste punctie verkregen embryo's kan dus niet de reden zijn geweest een tweede punctie uit te voeren.
- Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar in dit verband opgemerkt dat van verzoekster niet werd verlangd dat zij de - ongeschikte - embryo's zou laten terugplaatsen om de eerste ICSI-poging af te ronden. De commissie concludeert op basis hiervan dat er geen sprake van is geweest dat verzoekster een keuze moest maken die zou hebben kunnen leiden tot een miskraam of een kindje met een afwijking. Daarnaast heeft verzoekster, onder verwijzing naar de verklaring van de Canadese arts, gesteld dat voor een zwangerschap de tweemaal twee embryo's minimaal nodig waren, gelet op de slagingskans van 40%. De commissie kan begrijpen dat verzoekster aldus redeneert. In de Nederlandse wetgeving en de hierop gebaseerde polisvoorwaarden is echter niet opgenomen dat een punctie moet leiden tot een minimumaantal voor terugplaatsing geschikte embryo's. De omstandigheid dat in de situatie van verzoekster uit twee puncties

slechts vier embryo's zijn verkregen, waarvan er na genetisch onderzoek twee ongeschikt bleken, maakt niet dat toepassing van hetgeen tussen partijen is overeengekomen leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid, zoals de wettelijke regeling het uitdrukt, 'onaanvaardbaar' is. Reden voor deze conclusie is dat - zoals hiervoor is toegelicht - de tweede ICSI-poging ten laste van de zorgverzekering zou zijn vergoed indien deze had plaatsgevonden ná afronding van de eerste. Met het oog op het vergroten van de slagingskans was er geen noodzaak de tweede punctie eerder uit te voeren. Ook is niet objectiveerbaar dat door die keuze meer of beter geschikte eicellen, en na bevruchting embryo's, zijn verkregen.

Slotsom

- 8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
- 8.6. Tot slot merkt de commissie in meer algemene zin nog het volgende op. Het ligt in de rede dat met meerdere puncties een groter aantal geschikte embryo's is te verkrijgen, waardoor de kans op een doorgaande zwangerschap wordt vergroot. Indien dit echter wordt toegestaan, zal het bijkomend effect hiervan zijn dat de thans door de wetgever opgenomen beperking van het aantal IVF-pogingen aan betekenis verliest, omdat per poging alle - al dan niet gecryopreserveerde - embryo's mogen worden teruggeplaatst, en verzekerden dus zullen trachten door middel van meerdere puncties optimaal gebruik te maken van het gemaximeerde aantal IVF-pogingen. Zoals door het Zorginstituut is toegelicht, wordt met de geldende regelgeving juist voorkomen dat onnodig embryo's ontstaan en ongebruikt blijven. Een en ander vormt evenzeer een reden dat het verzoek, hoe begrijpelijk ook vanuit het oogpunt van verzoekster, niet kan worden toegewezen.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 mei 2024,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 18. Erfelijkheidsonderzoek

Erfelijkheidsonderzoek is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) en omvat onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u, dan zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 19. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige vruchtbaarheidsgelateerde zorg

19.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

In-vitrofertilisatie (IVF) is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) en omvat 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 wordt de eerste en tweede IVF-poging alleen vergoed als er 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst.

Onder een gerealiseerde zwangerschap verstaan wij 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:

- Het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw
- Het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie)
- De bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium
- Het een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. 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, dan heeft u recht op terugplaatsing van de embryo's op grond van artikel 19.2, Overige vruchtbaarheidsgerelateerde zorg.

Wanneer heeft u opnieuw recht op 3 IVF-pogingen?

Na een doorgaande (gerealiseerde) zwangerschap of een (levend) geboren kind, al dan niet ontstaan met IVF, ontstaat opnieuw recht op 3 pogingen bij een nieuwe zwangerschapswens, als er sprake is van ongewenste onvruchtbaarheid. Ook na een wisseling van partner bestaat opnieuw recht op een IVF-behandeltraject van 3 pogingen, als er sprake is van gezamenlijke onvruchtbaarheid.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Gynaecoloog of uroloog.

Extra informatie

Als er bij een IVF-behandeling, waaronder ook begrepen een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie), gebruik wordt gemaakt van eiceldonatie, zijn bovenstaande voorwaarden voor IVF ook van toepassing. U heeft geen recht op (vergoeding van de kosten van) de eiceldonatie.

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.

19.2. Overige vruchtbaarheidsgerelateerde zorg

Overige vruchtbaarheidsgerelateerde zorg is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) en omvat gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de vruchtbaarheid bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie en intra uteriene inseminatie. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg wordt niet vergoed voor vrouwen van 43 jaar of ouder.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een gynaecoloog of uroloog.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.