



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : EU-EER, Tsjechië, IVF-behandeling met assisted hatching, stand wetenschap en praktijk,  
wijzigen afwijsggrond  
Zaaknummer : 201701855  
Zittingsdatum : 12 september 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

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

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

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (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 GemeentePakket Compleet, € 0 eigen risico afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.

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 een in-vitrofertilisatie behandeling (verder: IVF-behandeling) met assisted hatching ten bedrage van € 5.500,--, uitgevoerd te Fulnek, Tsjechië (hierna: de aanspraak). Bij brief van 17 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 25 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 23 februari 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 juni 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 juni 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 juni 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 juli 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 8 juni 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 26 juni 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018029341) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering en betrekking heeft op assisted hatching, af te wijzen op de grond dat assisted hatching niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hierbij heeft het Zorginstituut het volgende toegelicht: *"Er kan echter niet geconcludeerd worden dat, in geval van toepassing van assisted hatching als onderdeel van een IVF-behandeling, de gehele IVF-behandeling niet valt onder de te verzekeren prestaties ingevolge de Zvw. Assisted hatching is thans niet meer dan een extra technische laboratorium handeling. Ook zonder assisted hatching kan IVF plaats vinden. Een IVF-behandeling is verzekerde zorg, mits de verzekerde een indicatie voor IVF heeft."*  
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 28 juni 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 september 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. De commissie heeft verzoekster na afloop van de zitting de gelegenheid geboden een nota over te leggen waaruit blijkt hoeveel de kosten van de IVF-behandeling bedragen. Verzoekster heeft op 9 oktober 2018 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 11 oktober 2018 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 16 oktober 2018 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is op 24 oktober 2018 aan verzoekster gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 2 november 2018 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is op 6 november 2018 ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.
- 3.11. Bij brief van 6 november 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 15 november 2018 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Hierin heeft het Zorginstituut het standpunt ten aanzien van de assisted hatching gehandhaafd en de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering en betrekking heeft op de IVF-behandeling (zonder assisted hatching), af te wijzen, omdat verzoekster bij aanvang van deze behandeling reeds 43 jaar was. Het Zorginstituut heeft hierbij toegelicht dat de IVF-behandeling bij verzoekster is uitgevoerd met donorcellen, zodat zij een indicatie heeft voor een (gedeeltelijke) IVF-procedure, bestaande uit de laboratoriumfase en de implementatiefase. Deze behandeling is uitgevoerd in augustus 2017. Verzoekster was op dat moment 43 jaar. Er is daarom geen sprake van een IVF-poging die is aangegaan vóór het bereiken van de 43-jarige leeftijd.  
Een afschrift van dit advies is op 21 november 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 29 november 2018 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft in augustus 2017 een IVF-behandeling met assisted hatching ondergaan in Tsjechië. Voorafgaand aan deze behandeling heeft zij een machtiging gevraagd aan de ziekte-



kostenverzekeraar. Deze heeft de aanvraag afgewezen, omdat het zijns inziens een vierde IVF-poging betrof. Deze aanname was echter niet juist, hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft bevestigd gedurende de fase van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Verder heeft hij, onder verwijzing naar een advies van het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (verder: CVZ) van 26 juli 2007 en het door zijn medisch adviseur verrichte literatuuronderzoek, gesteld dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Aangezien voornoemd advies intussen tien jaar oud is en de medische ontwikkelingen sindsdien niet hebben stilgestaan - zo wordt bijvoorbeeld de onderhavige behandeling, in tegenstelling tot in 2007, thans ook verricht in Nederland - is niet uit te sluiten dat assisted hatching inmiddels wel conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Verzoekster wil daarom dat de commissie het Zorginstituut verzoekt te beoordelen of de behandeling aan dit criterium voldoet. Zij merkt hierbij nog op dat het voor haar als leek moeilijk is de conclusies naar aanleiding van het literatuuronderzoek van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar te weerleggen. Dit geldt te meer, omdat verzoekster niet beschikt over het rapport van de medische adviseur met betrekking tot de uitkomsten van het door hem verrichte literatuuronderzoek.

- 
- 4.2. Voorts meent verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar haar gebrekkig heeft geïnformeerd, aangezien hij pas in zijn heroverweging het standpunt heeft ingenomen dat assisted hatching niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Door aldus te handelen heeft hij haar de mogelijkheid ontnomen een weloverwogen beslissing te nemen over het voortzetten van de behandeling alvorens zij kosten zou maken.
- 
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat voor haar niet inzichtelijk is hoe het Zorginstituut tot zijn conclusie is gekomen dat assisted hatching niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Zij benadrukt verder dat bij haar een IVF-behandeling is verricht, zodat althans de kosten hiervan, gelet op het voorlopig advies van het Zorginstituut, door de ziektekostenverzekeraar moeten worden vergoed. Verzoekster heeft verder gesteld dat het standpunt van de ziektekostenverzekeraar, dat hij haar aanvraag mede heeft afgewezen omdat zij bij aanvang van deze behandeling al 43 jaar was, niet uit de heroverweging blijkt zodat dit standpunt tardief is.
- 
- 4.4. In vervolg op de hoorzitting heeft verzoekster medegedeeld dat zij geen andere nota over kan leggen waaruit blijkt wat de kosten van de IVF-behandeling (zonder assisted hatching) zijn, omdat de betrokken zorgaanbieder deze niet wil verstrekken. Wel heeft de contactpersoon van de zorgaanbieder in Nederland schriftelijk verklaard dat de kosten van het verblijf in Tsjechië € 390,-- bedroegen. Verzoekster stelt voor dat de ziektekostenverzekeraar het gemiddelde bedrag van assisted hatching in mindering brengt op het totaalbedrag van de nota van € 5.500 of het door hem gehanteerde standaardtarief voor een IVF-behandeling vergoedt.
- 
- 4.5. Bij brief van 2 november 2018 heeft verzoekster aangevoerd dat uit het advies van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat haar 43-jarige leeftijd niet aan de aanspraak op vergoeding van eiceldonatie in de weg staat. Zij meent voorts dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is 80% van € 2.084,19 te vergoeden, te meer omdat uit de factuur is op te maken dat bij haar een IVF/ICSI-behandeling - een verzekerde prestatie - is verricht.
- 
- 4.6. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut heeft verzoekster gesteld dat zij een grote kinderwens heeft en dat de IVF-poging met assisted hatching niet heeft geleid tot een succesvolle zwangerschap. Gelet op deze schrijnende situatie, het feit dat de zorgverzekeraar niet eerder heeft medegedeeld dat zij geen aanspraak heeft op vergoeding van de IVF-poging vanwege haar leeftijd, en het gegeven dat zij ten tijde van de IVF-poging de 43-jarige leeftijd net een paar maanden was gepasseerd, meent verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is in ieder geval een gedeelte van de kosten te vergoeden, al was het maar op grond van coulance of uit overwegingen van redelijkheid.
- 
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

-  5.1. De zorgverzekering biedt louter dekking voor zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een IVF-behandeling met assisted hatching voldoet niet aan dit criterium. De ziektekostenverzekeraar licht hierbij toe dat het toenmalige CVZ in 2007 heeft geoordeeld dat deze behandeling geen verzekerde prestatie vormt op grond van de zorgverzekering. Dit oordeel is tot op heden niet gewijzigd. Ook concludeert de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar op basis van recent literatuuronderzoek in de databanken MedLine en PubMed dat in de afgelopen jaren geen nieuwe publicaties zijn verschenen met betrekking tot studies van enige omvang of betreffende een randomised controlled clinical trial. Hij heeft in voornoemde databases gezocht op de termen 'assisted hatching' en 'IVF'. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar wijst erop dat in Nederland momenteel onderzoek wordt gedaan naar de meerwaarde van assisted hatching. Dit onderzoek is tot op heden niet afgerond.
-  5.2. In eerste instantie heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor een machtiging voor een IVF-behandeling afgewezen, omdat zijns inziens sprake was van een vierde IVF-poging. Deze aanname bleek nadien niet juist. Hiervoor biedt de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aan. Hij meent, in tegenstelling tot verzoekster, dat hij haar niet gebrekkig heeft geïnformeerd. Dat de oorspronkelijke afwijsggrond niet correct was, betekent geenszins dat alsnog een machtiging moest worden afgegeven. Verzoekster had de uitkomst van de heroverweging moeten afwachten alvorens zij de IVF-behandeling onderging, hetgeen niet is gebeurd. In dit verband licht de ziektekostenverzekeraar toe dat hij het verzoek om een heroverweging heeft ontvangen op 15 september 2017. Volgens de informatie op de overgelegde nota was de behandeling toen al uitgevoerd. Bovendien blijkt uit deze nota dat verzoekster een deel van de kosten van de IVF-behandeling met assisted hatching uiterlijk 3 augustus 2017 moest voldoen, zodat zij reeds voordat de ziektekostenverzekeraar haar aanvraag op 4 augustus 2017 ontving, had ingestemd met de behandeling en de kosten hiervan.
-  5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat op grond van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden geen aanspraak bestaat op vergoeding van een IVF-behandeling ten laste van de zorgverzekering als betrokkene bij aanvang van deze behandeling de 43-jarige leeftijd heeft bereikt. Op de betreffende voorwaarde is verzoekster gewezen bij brief van 25 september 2017. Aangezien deze situatie aan de orde is, vormt de bij haar uitgevoerde IVF-behandeling (zonder assisted hatching) geen verzekerde prestatie, zodat verzoekster op vergoeding hiervan - ondanks de conclusie in het voorlopig advies van het Zorginstituut - geen aanspraak heeft. De ziektekostenverzekeraar wijst er in dit verband nog op dat de IVF-behandeling is verricht door een niet gecontracteerde zorgaanbieder zodat - indien de commissie hem niet volgt in zijn standpunt - het verzoek hoe dan ook slechts gedeeltelijk toewijsbaar is vanwege de toepasselijke restitutiekorting.
-  5.4. In reactie op de verklaring van verzoekster dat zij geen andere nota over kan leggen, voert de ziektekostenverzekeraar aan dat de reeds aangeleverde nota niet voldoende is gespecificeerd. Bovendien zijn de kosten van de IVF-behandeling erg hoog. De ziektekostenverzekeraar vermoedt daarom dat hierin de kosten van eiceldonatie zijn verdisconteerd. Eiceldonatie is geen verzekerde prestatie, zodat hij de kosten daarvan niet kan vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts erop gewezen dat het gemiddeld gecontracteerd tarief voor een IVF/ICSI-behandeling € 2.084,19 is. Op grond van artikel 1.4 van de verzekeringsvoorwaarden wordt een restitutiekorting van 20% gehanteerd indien betrokkene een niet-gecontracteerde zorgaanbieder consulteert.

 5.5. 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 en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 gehouden is 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 39 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op IVF en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"In-vitrofertilisatie (IVF)*

**Omschrijving**

*Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (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 de eerste en tweede IVF-poging 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:*

- 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 hebt u recht op terugplaatsing van de embryo's op grond van artikel 18.2, Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen.*

*(...)*

*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 hebt 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. (...)"*

- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"(...)*

**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, dan hebt u vooraf onze 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. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.*

**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)."*

- 8.5. Artikel 1.1. van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

**"Verzekerde zorg**

**1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg**

*"(...)*

**Medische noodzaak**

*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, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg. (...)"*

- 8.6. Artikel 1.4. van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

**"Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder**

*Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.*

*Het kan dan zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen.*

*"(...)"*

- 8.7. Artikel 1.5. van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*"(...) Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:*

*- uw naam, adres en geboortedatum;*

- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgaanbieder.

*De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. (...)"*

- 8.8. De artikelen 1.1., 1.4., 1.5., 9 en 18 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.9. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.  
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.  
Artikel 2.1, eerste lid, Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.10. 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.
- 8.11. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:
- "1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
- 2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar de betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is.*
- (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Tsjechië, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd, maar ten tijde van de aanvraag was de afspraak voor de behandeling reeds gemaakt en had verzoekster al een deel van de kosten moeten voldoen. Een en ander verdraagt zich niet met de systematiek van de verordening, die immers uitgaat van voorafgaande toestemming en waarbij het uitgangspunt is dat degene die toestemming krijgt, recht heeft op verstrekkingen, te verlenen door het orgaan van de verblijfplaats (in dit geval Tsjechië) volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving. De verordening blijft om die reden buiten toepassing en getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk aan verzoekster medegedeeld dat geen aanspraak bestaat, omdat sprake zou zijn van een vierde IVF-poging. Naar aanleiding van het op deze afwijzing volgende verzoek om heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster te kennen gegeven dat hij van mening is dat een IVF-behandeling met assisted hatching niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en daarom geen verzekerde prestatie vormt, zodat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering hierop geen aanspraak bestaat. Met betrekking tot de vraag of aan voornoemd criterium is voldaan, geldt het volgende.
- 9.3. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 26 juni 2018 geoordeeld dat assisted hatching niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, waarbij hij verwijst naar het standpunt van het toenmalige CVZ van 26 juli 2007. Het enkele feit dat bij een IVF-behandeling assisted hatching wordt toegepast, kan volgens het Zorginstituut evenwel niet ertoe leiden dat de IVF-behandeling geen verzekerde prestatie vormt op grond van de zorgverzekering. Assisted hatching is immers niet meer dan een extra technische laboratoriumhandeling. Voornoemd advies heeft het Zorginstituut bij brief van 15 november 2018 gehandhaafd. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat verzoekster mogelijk wél aanspraak heeft op de IVF-behandeling – hetgeen hierna wordt beoordeeld –, maar niet op het onderdeel assisted hatching. De commissie realiseert zich dat hiermee wordt afgeweken van de bestaande jurisprudentie (zie met name bindend advies 2007.02605).
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in reactie op genoemd advies van het Zorginstituut aangevoerd dat verzoekster bij aanvang van de behandeling de 43-jarige leeftijd al had bereikt, zodat de zorgverzekering voor vergoeding van de IVF-behandeling (zonder assisted hatching) geen dekking biedt. Hierbij heeft hij aangetekend dat de leeftijdsgrens al werd genoemd in de brief van 25 september 2017. Verzoekster heeft hier tegen ingebracht dat het de ziektekostenverzekeraar niet is toegestaan in zijn heroverweging een andere afwijsggrond aan te voeren dan hij in zijn primaire beslissing heeft gedaan. Dit standpunt is kennelijk gebaseerd op het arrest van de Hoge Raad van 3 februari 1989 (NJ 1990, 476, Ohra/Goilo), waarin is geoordeeld dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar kan zijn dat een verzekeraar een andere afwijsggrond in verband met een verzoek om dekking aanvoert nadat is gebleken dat de eerder door hem aangevoerde afwijsggrond niet juist is. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.
- 9.5. De wetgever heeft verzekerden met artikel 114, tweede lid, Zvw uitdrukkelijk de mogelijkheid toegekend hun zorgverzekeraar te vragen de primaire beslissing in kwesties ten aanzien van de uitvoering van de zorgverzekering, bijvoorbeeld een aanvraag voor een machtiging voor zorg, te heroverwegen. Een dergelijk verzoek tot heroverweging brengt met zich dat de betreffende aanvraag integraal door de zorgverzekeraar wordt herbeoordeeld, zodat ook andere punten dan alleen die welke door betrokkene zijn aangevoerd kunnen worden meegewogen. Dit kan ertoe leiden dat de aanvraag alsnog wordt toegekend, maar ook dat de zorgverzekeraar andere of aanvullende



afwijsgonden aanvoert, hetgeen in de onderhavige situatie het geval is. Een en ander is inherent aan de door de wetgever ingevoerde regeling inzake de heroverweging.



De commissie oordeelt dat de ziektekostenverzekeraar zich derhalve erop mocht beroepen dat verzoekster ten tijde van de aanvang van de IVF-behandeling reeds 43 jaar was. Volgens verzoekster blijkt uit de heroverweging van de ziektekostenverzekeraar evenwel niet dat een beroep wordt gedaan op deze - nieuwe - afwijsggrond.



In de brief van 25 september 2017 wordt onder het kopje 'De vergoeding' de regeling van artikel 18 van de zorgverzekering uiteengezet. In dat verband wordt ook de leeftijd van 43 jaar genoemd. Onder het kopje 'ons antwoord' komt dit aspect niet meer aan de orde en wordt aan de feitelijke overschrijding van deze leeftijdsgrens - hetgeen bij de ziektekostenverzekeraar bekend was - geen (rechts)gevolg verbonden. Dit (rechts)gevolg heeft hij eerst ter zitting ingeroepen. Daarmee is sprake van (wederom) een nieuwe afwijsggrond. Het inroepen van een nieuwe afwijsggrond in deze fase van de procedure, nadat eerder was afgewezen vanwege het aantal pogingen en omdat de IVF-behandeling met assisted hatching niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zou zijn, acht de commissie - in lijn met voornoemd arrest - naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar, zodat de ziektekostenverzekeraar zich daarop niet (meer) kan beroepen.



9.6. Verzoekster heeft in dit verband gesteld dat niet alleen de IVF-behandeling, maar ook de assisted hatching moet worden vergoed, aangezien de ziektekostenverzekeraar - door wisselende standpunten in te nemen - haar de mogelijkheid heeft ontnomen een weloverwogen beslissing te maken over het voortzetten van de behandeling alvorens kosten te maken. Deze stelling treft geen doel. In de eerste plaats werden de financiële verplichtingen jegens de zorgaanbieder al aangegaan voordat zelfs maar een aanvraag was gedaan bij de ziektekostenverzekeraar. Voorts diende verzoekster er rekening mee te houden dat na de eerste afwijzing - kennelijk op de onjuiste grond dat het een vierde IVF-poging betrof - naar aanleiding van het verzoek om heroverweging weliswaar zou komen te vervallen, maar dat daarmee het recht op vergoeding nog geen uitgemaakte zaak was. Nadien is dit ook gebleken. Door niet alleen een voorschot te betalen, maar tevens met de behandeling te starten nadat om heroverweging was verzocht, heeft verzoekster het risico aanvaard dat de hieraan verbonden kosten voor haar rekening zouden blijven. De conclusie ten aanzien van het onderdeel assisted hatching verandert derhalve niet.



9.7. Uit het voorgaande volgt dat verzoekster in beginsel aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de IVF-behandeling (zonder assisted hatching), waarbij het - gelet op artikel 1.5. van de zorgverzekering - op haar weg ligt een gespecificeerde nota aan te leveren. Na daartoe ter zitting door de commissie in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft verzoekster geen zodanige nota overgelegd, met als reden dat de zorgaanbieder hieraan niet wil meewerken. Wél heeft de contactpersoon van de zorgaanbieder schriftelijk verklaard dat de kosten van het verblijf € 390,-- bedragen.



De zorgverzekering biedt geen dekking voor een verblijf in een hotel in het kader van een medisch-specialistische behandeling in het buitenland, zodat verzoekster op vergoeding van de kosten daarvan geen aanspraak heeft.



Voorts strekt de zorgverzekering strekt ertoe de door verzoekster gemaakte kosten voor verzekerde zorg te vergoeden. Uit de aangeleverde nota kan niet worden opgemaakt welke kosten verzoekster voor de IVF-behandeling (zonder assisted hatching) heeft gemaakt. De ziektekostenverzekeraar kan daarom niet bepalen welk bedrag hij moet vergoeden. Met het vergoeden van 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief - zoals verzoekster heeft voorgesteld - bestaat het risico dat verzoekster meer vergoed krijgt dan de kosten die zij heeft gemaakt voor de IVF-behandeling. Dit risico acht de commissie aanwezig, nu bij deze behandeling gebruik is gemaakt van eiceldonoren en uit het behandelplan blijkt dat de kosten van de voorbereiding van de donor en de medicatie voor eicelstimulatie zijn verdisconteerd in het vermelde bedrag. Op grond van artikel 18 van de zorgverzekering bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van eiceldonatie.



Het beroep van de ziektekostenverzekeraar op artikel 1.5. van de zorgverzekering slaagt derhalve. Dit brengt met zich dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de IVF-behandeling (zonder assisted hatching).



- 9.8. Hetgeen verzoekster overigens heeft aangevoerd, met name dat een coulancevergoeding of een vergoeding uit overwegingen van redelijkheid op zijn plaats is, kan niet leiden tot een ander oordeel. Hierbij tekent de commissie aan dat de bevoegdheid tot de toepassing van coulance in beginsel is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar.

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

- 9.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden ingewilligd.

#### **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, 12 december 2018,

J.A.M. Strens-Meulemeester