

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501424

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leiden, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft haar klacht voorgelegd aan SKGZ en deze is door de Ombudsman Zorgverzekeringen in behandeling genomen. Dit heeft niet tot een oplossing geleid. Op 7 januari 2026 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch gevraagd een uitspraak te doen. Bij brief van 13 januari 2026 is dit aan haar bevestigd. Op 19 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 14 april 2026 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 15 april 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op 22 april 2026 respectievelijk 24 april 2026 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.4. Bij brief van 12 mei 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026008008) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 mei 2026 aan partijen gezonden. Partijen is de mogelijkheid geboden hierop te reageren. Van partijen heeft de commissie geen reactie ontvangen.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de FBTO Zorgverzekering Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoekster is voor een fertiliteitsbehandeling naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in België gegaan. Voor het eerste consult heeft zij toestemming gevraagd en gekregen van de zorgverzekeraar.
Bij brief van 25 oktober 2026 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat ter zake maximaal € 209,73 wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Vergoeding van de overige onderzoeken/behandelingen en geneesmiddelen is afgewezen.

2.3. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 26 mei 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn afwijzende beslissing te handhaven.

2.4. Bij brief van 12 mei 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden de kosten van de diagnostische en therapeutische hysteroscopiën, uitgevoerd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in België, te vergoeden. Daarnaast heeft zij verzocht om vergoeding van de door haar ingediende facturen van geneesmiddelen.

3.2. Verzoekster heeft bij brief van 24 januari 2025, gericht aan de zorgverzekeraar, toegelicht dat zij eind mei 2021 is gestart met een fertiliteitsbehandeling in Nederland. Er hebben 10 terugplaatsingen plaatsgevonden via ICSI. Op basis van herhaaldelijk falen van de fertiliteitsbehandeling heeft de huisarts verzoekster verwezen naar een medisch specialist in België. Daar is een behandelplan opgesteld. Vervolgens heeft op 6 januari 2025 een vaginale hysteroscopie plaatsgevonden, waarbij is ontdekt dat er een afwijking aan de baarmoeder is. Deze heeft namelijk een T-vorm in plaats van een Y-vorm. Dit is te herstellen door middel van een operatie. Daarnaast is op 7 januari 2025 een echo gemaakt en is door een uroloog bij de partner van verzoekster onderzoek gedaan. Hierbij is ontdekt dat één van de zaadleiters ontbreekt. Als gevolg daarvan is de zaadkwaliteit minder goed en dit is niet te behandelen. De combinatie van de afwijking van de baarmoeder en de ontbrekende zaadleider leidt tot infertiliteit. Aangezien bij de partner van verzoekster geen behandeling mogelijk is, is de afwijking van verzoekster behandeld. Op 25 februari 2025 heeft de operatie in België plaatsgevonden. Ter voorbereiding hierop werd een hormoonbehandeling voorgeschreven, waarvoor de medicatie op 6 januari 2025 is opgehaald. Met de medicatie is gestart in de nieuwe cyclus, per 18 januari 2025. Verzoekster heeft een tijdsplanning van de behandelingen en aanvragen beschreven. Ook heeft zij een verklaring van 28 maart 2025 overgelegd, inzake de second opinion.

3.3. Bij brief van 23 mei 2025 heeft verzoekster verklaard dat de verwijzing naar fertiliteitszorg in België door de zorgverzekeraar was goedgekeurd. De kosten van het eerste consult zijn ook door hem vergoed. In vervolg hierop heeft zij, op verzoek van de zorgverzekeraar, het behandelplan van de Belgische medisch specialist toegestuurd. Tot haar verbazing werden vervolgens alle ter declaratie ingediende facturen afgewezen. Volgens de zorgverzekeraar zou de behandeling niet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Deze afwijsggrond vindt verzoekster niet alleen onvoldoende onderbouwd, maar ook onredelijk. De behandeling werd immers door de zorgverzekeraar goedgekeurd. De fertiliteitszorg die zij in België heeft ontvangen betrof geen experimentele of alternatieve behandeling, maar een reguliere medische behandeling door een erkende medisch specialist. Deze behandeling was in Nederland niet mogelijk.

4. Standpunt zorgverzekeraar

4.1. Bij brief van 26 mei 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de fertiliteitsonderzoeken en -behandelingen niet worden vergoed. Er is geen medische indicatie voor diagnostische en therapeutische hysteroscopiën. Bovendien is de plasmarijkplaatjes (PRP) inspuiting geen zorg die voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Onderzoeken die in Nederland al zijn gedaan en worden herhaald in België zijn geen doelmatige zorg. Alleen doelmatige zorg wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar heeft verder opgemerkt dat het belangrijk is bij elke behandeling vooraf zijn toestemming te

vragen. Bekend is dat de Belgische zorgaanbieder veel onderzoeken doet die volgens de professionele richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) in Nederland niet worden uitgevoerd.

- 4.2. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 25 oktober 2025, gericht aan verzoekster, verklaard dat maximaal € 209,73 ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed voor het consult bij de gynaecoloog in België. Voor de berekening van het tarief buiten een ziekenhuis wordt uitgegaan van de ZBC-tarievenlijst. De zorgaanbieder in België is niet gecontracteerd. De vergoeding is dan 65% van het gemiddelde tarief waarvoor de zorgverzekeraar deze zorg heeft ingekocht bij gecontracteerde zorgaanbieders. Verder heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat als er sprake is van een (vervolg)behandeling eerst een nieuwe machtiging moet worden aangevraagd. In het buitenland gelden andere regels voor vruchtbaarheidsbehandelingen dan in Nederland. Daarom geldt voor alle fertiliteitsbehandelingen in het buitenland dat vooraf toestemming moet worden gevraagd. Dit is ook het geval als medicijnen of fertiliteitshormonen worden voorgeschreven. De zorgverzekeraar heeft naar aanleiding van ter declaratie ingediende facturen verschillende keren gevraagd om aanvullende informatie, omdat er geen beoordeling kon plaatsvinden.
- 4.3. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 17 december 2025, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, verklaard dat de zorgaanbieder geen indicatie of motivatie aanlevert waaruit het vergoedingsrecht blijkt. De zorgverzekeraar heeft geen echografie of MRI-verslag ontvangen waaruit valt op te maken dat er een indicatie was voorafgaand aan de hysteroscopie. De arts motiveert dat een therapeutische hysteroscopie moet worden uitgevoerd vanwege ‘recurrent implantatiefalen’. Dit laatste wordt niet in getal gemotiveerd. De richtlijn schrijft hierover: *“Het uitsluiten van intracavitaire afwijkingen als mogelijke verstoorders van implantatie sluit echter implantatie problemen niet uit en het onderzoek geeft derhalve bij afwezigheid van afwijkingen schijnzekerheid.”* De medisch adviseur van de zorgverzekeraar leest pre-operatieve voorbereiding met Reyco, een middel dat wordt gebruikt bij endometriose. En wordt niet uitgelegd en/of gemotiveerd waarom dit middel is gegeven.
- 4.4. Verder laat de informatie over het onderzoek in Nederland geen indicatie zien voor een hysteroscopie. In Nederland is er, volgens het verslag van de gynaecoloog, beeldvormend onderzoek van de uterus uitgevoerd. Dit liet geen afwijkingen zien volgens de gynaecoloog. De NVOG-richtlijn is duidelijk in deze situatie: er is dan geen indicatie voor een hysteroscopie. De zorgverzekeraar heeft voorts gesteld dat hij het officiële radiologieverslag met de resultaten van de MRI niet heeft ontvangen. Zodra hij deze ontvangt kan een en ander nog worden voorgelegd aan de medisch adviseur. De zorgverzekeraar heeft verder opgemerkt dat het inspuiten van PRP geen verzekerde zorg is. Er is een relatief recente meta-analyse gepubliceerd over het gebruik van PRP. De conclusie is dat dit geen voordeel oplevert, er is sprake van veel bias en kleine groepen. De zorgverzekeraar verwijst hiervoor naar de literatuur. De motivering voor het invasieve onderzoek en de behandeling is gebaseerd op niet verzekerde verrichtingen. Een ‘second look’ – zoals de zorgaanbieder de derde hysteroscopie noemt – komt ook niet voor vergoeding in aanmerking, omdat de indicatie voor de eerste hysteroscopie ontbreekt.
- 4.5. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 14 april 2026, gericht aan de commissie, het verloop van de aanvraag en de beoordeling daarvan toegelicht. Hij heeft verklaard dat het zijn taak is om te toetsen of de verleende zorg op grond van Zorgverzekeringswet in aanmerking komt voor vergoeding. De zorgverzekeraar heeft de relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering, en de toepasselijke polisvoorwaarden als bijlage meegestuurd. Om te bepalen of aanspraak bestaat op een bepaalde vorm van zorg op grond van de Zorgverzekeringswet moet worden voldaan aan de criteria ‘plegen te bieden’, ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en ‘het redelijkerwijs zijn aangewezen op’. Het betreft hierbij cumulatieve voorwaarden. Wanneer aan één of meer van deze voorwaarden niet is voldaan,

bestaat er geen aanspraak op de zorg. Als een vorm van zorg niet behoort tot de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, dan is het geen verzekerde zorg. Wat betreft de beoordeling aan de hand van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ verwijst de zorgverzekeraar naar het document ‘De beoordeling van de Stand van de Wetenschap en Praktijk’ van het Zorginstituut en naar een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469).

- 4.6. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de aanvragen van verzoekster zijn beoordeeld door zijn medisch adviseurs. Deze hebben vastgesteld dat diagnostische en therapeutische hysteroscopieën zorg zijn die gynaecologen in Nederland plegen te bieden. Aan het eerste criterium voldoet verzoekster daarmee. Vervolgens is geoordeeld dat de behandeling niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Er is namelijk onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat de behandeling effectief is. De medisch adviseurs van de zorgverzekeraar hebben de FMS richtlijn ‘Onverklaarde subfertiliteit’ geraadpleegd en de hernieuwde richtlijn ‘Oriënterend fertiliteitsonderzoek (OFO)’. Er is geconstateerd dat de diagnostische hysteroscopie gelijktijdig is verricht met de echo en om die reden niet behoort tot de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Daar komt bij dat de bevinding bij de echo, de T-shaped uterus, geen indicatie vormt voor de diagnostische en therapeutische hysteroscopieën. Dit mag niet worden beschouwd als ‘*vermoedelijk behandelbare afwijking*’, zoals ook is bevestigd door het Zorginstituut en de commissie (GcZ, 19 december 2025, SKGZ202500772). Volgens de zorgverzekeraar voldoet de behandeling van de T-shaped uterus in het geval van verzoekster niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en is er daarom geen aanspraak op de operatieve hysteroscopie. Hetzelfde geldt voor de voorbereiding met Lingazolix, de PRP-injectie tijdens de behandeling, en de nabehandeling met HyaRegen/Budesonide tijdens de ‘second-look’ en de ‘second-look’ zelf. De zorgverzekeraar heeft een overzicht van de ontvangen declaraties en de redenen van afwijzing bij zijn reactie gevoegd.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 12 mei 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…) Beoordeling hysteroscopie

Een hysteroscopie is een kijkonderzoek van de baarmoeder. Hierbij brengt de gynaecoloog een flexibele scoop via de vagina in de baarmoeder in. Hiermee kan de binnenkant van de baarmoeder bekeken worden. Ook kunnen er kleine instrumenten via de scoop worden opgevoerd om kleine behandelingen binnen in de baarmoeder te doen, zoals een mesje of laser om een septum (tussenschot) in de baarmoeder te klieven. Dit wordt soms metroplastiek genoemd.

De richtlijn ‘Onverklaarde subfertiliteit’ van de Federatie Medisch Specialisten adviseert om alleen een hysteroscopie te doen als bij oriënterend fertiliteitsonderzoek een vermoeden is gerezen op een behandelbare afwijking. Onderdeel van een oriënterend fertiliteitsonderzoek is bijvoorbeeld een transvaginale echo. Bij verzoekster is een transvaginale echo verricht waarbij het vermoeden rees op een T-vormige baarmoeder. Bij een T-vormige baarmoeder heeft de buitenkant van de baarmoeder een normale vorm, maar is de vorm van de binnenkant van de baarmoeder (de holte) abnormaal. De holte lijkt daarbij op de letter T.

Om in dit geschil te beoordelen of de diagnostische hysteroscopie (en daarmee samenhangende vervolghysteroscopie waarbij metroplastiek is gedaan) voldoet aan de SWP is het essentieel om te weten of een T-vormige baarmoeder een behandelbare oorzaak is van subfertiliteit. Als dit het geval is, dan is een hysteroscopie namelijk geïndiceerd (op basis van het advies in de richtlijn

Onverklaarde subfertiliteit’).

In een eerder SKGZ geschil in 2025 met dezelfde interventie bij dezelfde indicatie (hysteroscopie bij een T-vormige baarmoeder) heeft het Zorginstituut een zoekopdracht op Pubmed uitgevoerd. Hierbij werden geen studies gevonden dat een T-vormige baarmoeder een risicofactor is voor subfertiliteit. Ook waren er geen studies die aantoonen dat behandeling van een T-vormige baarmoeder de kans op een zwangerschap of levend geboren kinderen verhoogde. Er was één matched case-control studie waarbij geen effect van hysteroscopie op zwangerschap of een levend geboren kind werd gezien. Geconcludeerd werd dat een T-vormige baarmoeder geen behandelbare oorzaak van subfertiliteit is en dat een hysteroscopie niet voldoet aan de SWP.

Het Zorginstituut heeft op 22 april 2026 in het kader van dit geschil een aanvullende literatuursearch uitgevoerd. Dit leverde twee nieuwe studies op.

In de eerste studie is beschreven dat 37 patiëntes die een T-vormige baarmoeder hadden een hysteroscopische metaplasie ondergingen. Het betreft een retrospectief cohort onderzoek zonder controlegroep (dat wil zeggen, vrouwen met een T-vormige baarmoeder die geen hysteroscopie ondergingen). Vanwege het ontbreken van een controlegroep is deze studie niet bruikbaar om het effect van hysteroscopie op de kans op een zwangerschap te beoordelen.

De tweede studie is een matched case-control studie onder 86 vrouwen met herhaalde miskraam en een T-vormige baarmoeder. De helft van deze vrouwen onderging operatieve correctie (metroplastiek) van de T-vormige baarmoeder. Zij werden op leeftijd gematched aan 43 vrouwen die geen operatie ondergingen. Er was geen verschil tussen beide groepen wat betreft de kans op een zwangerschap. Wel was in de groep die werd behandeld de kans op miskramen in het eerste trimester lager en was de kans op een levend geboren kind groter. De studie is echter van zeer lage kwaliteit om diverse redenen. Zo was de opzet retrospectief en niet-gerandomiseerd. Ook kunnen er versturende factoren zijn die een vertekend beeld geven (ook wel confounding genoemd), er werd bijvoorbeeld niet gecorrigeerd voor overige factoren die de kans op een zwangerschap beïnvloeden, zoals BMI of de kwaliteit van het zaad van partner). Als laatste was er een laag aantal controles; er is één op één gematched, wat de kans op rest confounding verder vergrootte.

Samenvattend zijn er geen randomised controlled trials (RCT's) die het effect van behandeling van een T-vormige baarmoeder onderzochten op de kans op zwangerschap of een levend geboren kind. Er zijn twee matched case-control studies van lage tot zeer lage kwaliteit die tegenstrijdige effecten laten zien.

Concluderend is er geen bewijs dat een hysteroscopische behandeling van een T- vormige baarmoeder effect heeft op zwangerschap of een levend geboren kind.

Een hysteroscopie in de situatie van verzoekster voldoet dan ook niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hiermee komen de in het kader van deze behandelingen toegediende PRP-injecties en nabehandeling met budozonide ook niet voor vergoeding in aanmerking.

Beoordeling geneesmiddel linzagolix

Linzagolix is een GnRH-receptorantagonist die de endogene GnRH-signalering remt door zich te binden aan GnRH-receptoren in de hypofyse. Linzagolix is in Nederland geregistreerd voor de behandeling bij volwassen vrouwen in de vruchtbare leeftijd voor:

- de behandeling van matige tot ernstige symptomen van uterusfibromen*
- symptomatische behandeling van endometriose bij vrouwen met een voorgeschiedenis van eerdere medische of chirurgische behandeling voor hun endometriose.*

Geregistreerde geneesmiddelen komen voor vergoeding ten laste van de basisverzekering in aanmerking als het middel is opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en is aangewezen door de zorgverzekeraar (2.8, eerste lid, onder a, van het Bzv). Het Zorginstituut heeft een positief advies uitgebracht voor linzagolix op te nemen in het GVS op bijlage 1B voor de behandeling van matige tot ernstige symptomen van uterusfibromen bij volwassen vrouwen in de vruchtbare leeftijd.

Uit het dossier blijkt echter niet dat verzoekster baarmoederfibromen heeft. Uit het dossier komt evenmin naar voren dat verzoekster klachten heeft van endometriose, én al een voorgeschiedenis heeft van eerdere medische en/of chirurgische behandeling hiervoor. De aandoening van verzoekster valt dan ook niet binnen de geregistreerde indicaties van linzagolix.

Beoordeling geneesmiddel calcifediol

Calcifediol is een actieve vorm van vitamine D. Zoals hiervoor al beschreven, is per 1 januari 2023 vitamine D volledig uit het basispakket gehaald, in alle sterktes en combinaties. Vitamine D kan dan ook niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de farmaceutische zorg. De behandeling van verzoekster maakt dit niet anders.

Conclusie

Het uitvoeren van een hysteroscopie in het kader van een infertiliteitsbehandeling vanwege een T-vormige baarmoeder voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster kan om die reden ook geen aanspraak maken op vergoeding van de in het kader van deze behandelingen toegediende PRP-injecties en de nabehandeling met budosonide. Daarnaast kan verzoekster geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering van calcifediol omdat dit product niet is opgenomen in het GVS.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

- *Het uitvoeren van een hysteroscopie en vervolghysteroscopie met behandeling in de vorm van metroplastiek in het kader van een infertiliteitsbehandeling vanwege een T-vormige baarmoeder maakt geen onderdeel uit van het basispakket*
- *Linzagolix komt bij de indicatie van verzoekster niet voor vergoeding in aanmerking vanuit de aanspraak farmaceutische zorg*
- *Calcifediol komt niet voor vergoeding in aanmerking vanuit de aanspraak farmaceutische zorg.”*

- 5.2. Er is geen reactie van partijen op het voorlopig advies en de commissie heeft geen aanleiding gezien een nader advies aan het Zorginstituut te vragen. Daarom is dit advies als definitief advies te beschouwen.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg, farmaceutische zorg en de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, en artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 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.

- 7.2. Verzoekster is naar België gegaan voor fertiliteitsbehandelingen. Omdat het hier gaat om een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004, zal de commissie eerst hieraan toetsen. Uit Richtlijn 2011/24/EU (hierna: de Patiëntenrichtlijn) volgt dat in het geval dat geen keuze wordt gemaakt voor een bepaald stelsel, voorrang wordt gegeven aan toepassing van de verordening (overweging 31). Om die reden toetst de commissie hieraan ambtshalve. In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn verzekeraar. Deze moet toestemming verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).
- 7.3. Verzoekster heeft toestemming gevraagd voor het eerste consult bij de niet-gecontracteerde zorgaanbieder in België. Bij brief van 25 oktober 2024 heeft de zorgverzekeraar meegedeeld welke maximale vergoeding verzoekster hiervoor zou ontvangen. Ten aanzien hiervan heeft verzoekster geen stelling ingenomen, zodat de commissie voor het vervolg als vaststaand aanneemt dat partijen over deze vergoeding niet verdeeld zijn. Voor de op het eerste consult volgende behandelingen heeft verzoekster geen toestemming gevraagd aan de zorgverzekeraar. Er is niet gebleken van bijzondere omstandigheden waardoor dit niet mogelijk was (Elchinov, zaak C-173/09). Dit betekent dat de verordening buiten toepassing blijft en dat, waar het de behandelingen betreft, moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

Stand van de wetenschap en praktijk

- 7.4. Gelet op het door de zorgverzekeraar ingenomen standpunt moet de commissie in de eerste plaats beoordelen of de door verzoekster ondergane diagnostische en therapeutische hysteroscopiën voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie hierover advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport ‘Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023’ van 11 april 2023 is zo’n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs (‘evidence’) ontbreekt.
- 7.5. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat het op systematische wijze gezochte en geselecteerde

bewijs op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen.

- 7.6. Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:
 - (1) formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen;
 - (2) systematische literatuursearch;
 - (3) samenvatten van het bewijs;
 - (4) beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
 - (5) van bewijs naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.
- 7.7. Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.
- 7.8. Het Zorginstituut heeft een beoordeling verricht met betrekking tot de uitgevoerde hysteroscopiën. Het advies van 12 mei 2026 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut heeft opgemerkt dat, om te beoordelen of de diagnostische hysteroscopie (en de daarmee samenhangende vervolghysteroscopie waarbij een metroplastiek is gedaan) voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, het essentieel is om te weten of een T-vormige baarmoeder een behandelbare oorzaak is van subfertiliteit. Als dit het geval is, dan is een hysteroscopie namelijk geïndiceerd (op basis van het advies in de richtlijn ‘Onverklaarde subfertiliteit’). Het Zorginstituut is tot de conclusie gekomen dat er geen bewijs is dat een hysteroscopische behandeling van een T-vormige baarmoeder effect heeft op de zwangerschap of een levend geboren kind. Een hysteroscopie in de situatie van verzoekster voldoet dan ook niet aan de ‘stand van de wetenschap’. Hiermee komen de in het kader van deze behandelingen toegediende PRP-injecties en de nabehandeling met budosonide ook niet voor vergoeding in aanmerking, aldus het Zorginstituut.
De commissie neemt dit onderdeel van het advies over en beslist dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de in België ondergane hysteroscopiën, omdat deze behandelingen in haar situatie niet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en daarmee geen verzekerde zorg zijn op grond van de zorgverzekering. Hetzelfde geldt voor de PRP-injecties en de budosonide, als onderdeel van deze behandelingen.

Overige geneesmiddelen

- 7.9. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar verzocht om vergoeding van de kosten van linzagolix en calcifediol. De commissie begrijpt dit aldus dat zij de keuze heeft gemaakt voor vergoeding van deze geneesmiddelen ten laste van de zorgverzekering. Hiertoe geldt dat in de onderliggende regelgeving, te weten artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv is bepaald dat geregistreerde geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen als deze zijn opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (hierna: GVS) en zijn aangewezen door de zorgverzekeraar.
- 7.10. In het advies aan de commissie van 12 mei 2026 heeft het Zorginstituut toegelicht dat linzagolix in Nederland is geregistreerd voor de behandeling bij volwassen vrouwen in de vruchtbare leeftijd voor:

- de behandeling van matige tot ernstige symptomen van uterusfibromen;
- symptomatische behandeling van endometriose bij vrouwen met een voorgeschiedenis van eerdere medische of chirurgische behandeling voor hun endometriose.

- 7.11. Het Zorginstituut heeft in maart 2026 een positief advies uitgebracht aan de minister van VWS om linzagolix op te nemen in het GVS op bijlage 1B van de Rzv voor de behandeling van matige tot ernstige symptomen van uterusfibromen bij volwassen vrouwen in de vruchtbare leeftijd. De commissie stelt vast dat, nog daargelaten dat het geneesmiddel ten tijde van de afname geen verzekerde zorg was, verzoekster niet voldoet aan de indicaties waarvoor dit geneesmiddel is geregistreerd, zoals ook het Zorginstituut in het advies aan de commissie van 12 mei 2026 concludeert.
- 7.12. Calcifediol is een actieve vorm van vitamine D. Sinds 1 januari 2023 is vitamine D volledig uit het basispakket gehaald. Daarom kan dit middel niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed, zoals wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut.

Toestemming

- 7.13. Verzoekster heeft in haar brief van 23 mei 2025 gesteld dat zij – al dan niet in afwijking van hetgeen hiervoor is overwogen – toestemming heeft gekregen van de zorgverzekeraar voor de behandeling in België. Deze stelling is door haar echter niet onderbouwd en ook blijkt hiervan niet uit de stukken. Uit de brief van de zorgverzekeraar van 25 oktober 2024 valt op te maken dat vergoeding ter zake van een eerste consult bij de gynaecoloog in België wordt verstrekt tot het in die brief genoemde bedrag en dat verzoekster erop is gewezen dat voor (vervolg) fertiliteitsbehandeling in het buitenland een nieuwe machtiging moest worden aangevraagd. Dit komt overeen met hetgeen is bepaald in artikel 31.2. onder 2, van de voorwaarden van de zorgverzekering, waarin staat dat voor andere vruchtbaarheidsbehandelingen dan IVF of ICSI in het buitenland vooraf schriftelijke toestemming is vereist. Van een zodanige toestemming is niet gebleken.

Slotsom

- 7.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 juni 2026,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- b. het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- c. de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- d. interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde ‘standpunten’);
- e. de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- f. ons eigen wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijnen van het Zorginstituut Nederland 2015, bekrachtigd door de Hoge Raad d.d. 30 maart 2018. Een overzicht van het door ons gevoerde wetenschappelijk onderzoek vindt u op onze website zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msz;
- g. het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van “voorwaardelijke toelating” voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0018715&hoofdstuk=2¶graaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&g=2020-05-09>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellzorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

4.1 Recht op zorg bij gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgverleners

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. Wij vergoeden het deel van deze zorg dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener, zorginstelling of leverancier die u kiest. U kunt kiezen uit:

- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen gecontracteerde zorgverleners);
- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen niet-gecontracteerde zorgverleners).

4.2 Gecontracteerde zorgverleners

Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener declareert de kosten rechtstreeks bij ons.

Als wij een contract hebben gesloten met een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC), dan hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor alle zorg en/of alle behandelingen die het ziekenhuis of de ZBC verleent. Het kan ook betekenen dat wij een ziekenhuis of een ZBC alleen hebben gecontracteerd voor een bepaalde behandeling of een aantal behandelingen.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of voor welke zorg en/of behandelingen wij ziekenhuizen of ZBC's hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

Omzetplafonds

1. Wij spreken omzetplafonds af met gecontracteerde zorgverleners. Dit houdt in dat zorgverleners in een kalenderjaar slechts een vooraf vastgesteld maximumbedrag voor de door hen te leveren zorg krijgen uitbetaald. De reden dat wij dit doen is om de zorgkosten te beperken. Dit is noodzakelijk om een grote stijging van de zorgpremies te voorkomen.
2. Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U kunt met een dergelijk verzoek van ons instemmen, of u kunt wachten tot het nieuwe jaar.
3. Via de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl kunt u terugvinden met welke zorgverleners wij een omzetplafond hebben afgesproken.
4. Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorgzoeker te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat een aantal gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2024, in de loop van het jaar van de lijst met gecontracteerde zorgverleners wordt geschrapt, zodat u (bijvoorbeeld) op 1 december 2024 misschien een beperkter keuzeaanbod heeft als op 1 januari 2024. Houd u hier rekening mee.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van uw vergoeding.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

Let op!

Dit artikel geldt niet voor een eventueel door u afgesloten aanvullende module. In artikel [C.2.1 Wat wij vergoeden](#) leest u wat er voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende module geldt.

Voor hulpmiddelen en farmacie hebben wij een beperkt aantal zorgverleners gecontracteerd. Dit noemen wij selectieve contractering.

4.3.1 Naturapolis (FBTO Zorgverzekering Basis)

U heeft een naturapolis. Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 65% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt uitgegaan van het gemiddelde van alle contracten of van het basistarief of standaardtarief voor de reguliere prestaties uit de Zorgverzekeringswet. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet gecontracteerde zorgverleners, wordt er aan de opslagen (toeslagen) voor kwaliteit geen waarde gehecht.

Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief voor Zelfstandige Behandelcentra's (ZBC's) wordt uitgegaan van de ZBC-tarievenlijst. De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voor onderzoek (eerstelijns diagnostiek) dat de huisarts of verloskundige voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgverlener wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 65% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 65% van het gemiddeld gecontracteerde tarief? Dan kunt u het bedrag bij ons opvragen. De lijst met tarieven is ook te vinden op onze website.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het Wmg-tarief of het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u (een indicatie van) dit bedrag bij ons opvragen.

Hardheidsclausule

Het FBTO Zorgteam kan u helpen bij het vinden van een zorgverlener die past bij uw situatie. Kiest u voor een zorgverlener met een contract? Dan vergoeden wij het afgesproken tarief volledig. Kiest u liever toch voor een zorgverlener zonder contract maar belemmert de lagere vergoeding (65% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht bij gecontracteerde zorgverleners) uw keuze? Dan kunt u ons schriftelijk aangeven waarom deze lagere vergoeding uw keuze belemmert en vragen alsnog een hoger percentage te vergoeden. Wij nemen uw verzoek in behandeling en vertellen u binnen vier weken of wij u een hogere vergoeding (maximaal 75% van het van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners)) kunnen bieden.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

B.31 In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricificatie

U heeft recht op IVF- of ICSI ([31.1](#)), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen ([31.2](#)), sperma invriezen ([31.3](#)) en eicelvitricificatie ([31.4](#)).

31.1 IVF of ICSI

Wilt u een IVF- of ICSI behandeling? En bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u per te realiseren doorgaande zwangerschap recht op de eerste, tweede en derde poging, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen. De 3 pogingen zijn voor IVF- en ICSI-behandelingen samen.

Wat wordt verstaan onder een IVF- of ICSI poging tot zwangerschap?

Een IVF- of ICSI poging tot zwangerschap bestaat uit maximaal het opeenvolgend doorlopen van de volgende fasen:

- rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
 - het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
 - eicelbevruchting en opkweken van embryo's in het laboratorium;
 - terugplaatsing van 1 of 2 ontstane embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te laten ontstaan.
- Bent u jonger dan 38 jaar? Dan mag bij de eerste en tweede poging maar 1 embryo worden teruggeplaatst.

Vanaf het moment van de geslaagde follikelpunctie tellen wij de poging mee, ongeacht of er daadwerkelijk eicellen worden verkregen. Daarna tellen alle pogingen mee die worden afgebroken, voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt opnieuw als een eerste poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF- of ICSI poging waaruit ze zijn ontstaan, zolang er geen doorgaande zwangerschap is ontstaan. Als er wel een doorgaande zwangerschap is ontstaan dan mogen na deze zwangerschap ook de overige ingevroren embryo's worden teruggeplaatst. Als dit niet tot resultaat leidt, dan kan er weer met een IVF- of ICSI behandeling gestart worden. Deze geldt dan als een eerste poging.

Wat wordt verstaan onder doorgaande zwangerschap?

Er wordt onderscheid gemaakt tussen 2 verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
- zwangerschap na een IVF- of ICSI behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat de niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat de ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Voorwaarden voor het recht op IVF en ICSI

- De behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudende instelling voor IVF en ICSI.
- Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische indicatie nodig van uw behandelend arts. Hieruit moet blijken dat u recht heeft op IVF of ICSI.
- Voor behandeling in een instelling in het buitenland moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op geneesmiddelen die nodig zijn voor een vierde en volgende IVF- of ICSI poging.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

31.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u ook recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen dan IVF of ICSI, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Voorwaarden voor het recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Voor het recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen stellen wij de volgende voorwaarden:

1. Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische indicatie nodig van uw behandelend arts.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

31.3 Sperma invriezen

Ondergaat u een medisch-specialistische behandeling met onbedoelde onvruchtbaarheid als mogelijk gevolg? Dan heeft u recht op het verzamelen, invriezen en bewaren van sperma.

De wet stelt hieraan de voorwaarde dat het invriezen van sperma onderdeel moet zijn van een medisch-specialistisch oncologisch zorgtraject. Het kan ook gaan om een vergelijkbare behandeling die niet-oncologisch is. Het moet gaan om:

- a. een grote operatie aan of om uw geslachtsdelen;
- b. een chemotherapeutische en/of radiotherapeutische behandeling waarbij uw geslachtsdelen in het stralingsgebied vallen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

31.4 Vitrificatie (invriezen) van menselijke eicellen

Wilt u menselijke eicellen of embryo's laten invriezen? Dan heeft u daar recht op bij de volgende medische indicaties:

- a. u ondergaat chemotherapie met risico op een permanente vruchtbaarheidsstoornis;
- b. u ondergaat een radiotherapeutische behandeling waarbij uw eierstokken in het stralingsveld liggen en hierdoor permanente schade kunnen oplopen;
- c. u ondergaat een operatie, waarbij op medische indicatie (grote delen van) uw beide eierstokken moeten worden verwijderd.

Ook recht op invriezen bij andere medische indicaties

Bij de volgende medische indicaties loopt u een verhoogd risico dat u vroegtijdig onvruchtbaar wordt. Wij spreken hiervan als er sprake is van premature ovariële insufficiëntie (poi) voordat u 40 jaar bent geworden. Ook dan heeft u recht op het invriezen. Het gaat om medische indicaties die samenhangen met de volgende kenmerken van de vrouwelijke fertiliteit:

- a. het fragiele-X-syndroom;
- b. het turnersyndroom (XO);
- c. galactosemie.

Bij deze medische indicaties heeft u recht op de volgende onderdelen van de behandeling:

- a. follikelstimulatie;
- b. eicelpunctie;
- c. invriezen van de eicellen.

Ook recht op invriezen bij IVF- of ICSI gebonden indicatie

Tijdens een IVF- of ICSI poging heeft u in sommige gevallen vanuit doelmatigheidsoverwegingen ook recht op invriezen. De poging moet dan wel onder uw basisverzekering vallen. Het gaat om de volgende situaties:

- a. er is onverwacht geen sperma aanwezig van voldoende kwaliteit;
- b. er worden eicellen ingevroren in plaats van embryo's.

Bij IVF-of ICSI gebonden indicatie heeft u alleen recht op het invriezen van eicellen.

Mogelijkheden na het invriezen van eicellen

Laat u na het invriezen uw eicellen weer ontdooien met als doel zwanger te worden? Dan bent u aangewezen op de fasen c en d van een IVF- of ICSI poging (zie [31.1](#)).

Let op!

Bij terugplaatsing moet u jonger zijn dan 43 jaar.

Voorwaarden voor het recht op invriezen

1. Het invriezen moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
2. Laat u zich behandelen in een ziekenhuis in het buitenland? Dan moeten wij u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.
3. Op basis van de genoemde indicaties heeft u alleen recht op invriezen, als u jonger bent dan 43 jaar.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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°. vruchtbaarheidsgelateerde 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 verslaptte 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 gehemeltespelingen, 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.

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “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 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. (...)*”