

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten
Zaak : EU/EER, Spanje, geneeskundige zorg, IVF, verwijzing
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 20 Verordening (EG) 883/2004
Zaaknummer : 202100324
Zittingsdatum : 26 januari 2022

1. Partijen

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

tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 4 september 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 10 september 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 8 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Deze brief is op 23 november 2021 door de commissie ontvangen. Een kopie hiervan is op 23 november 2021 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Verzoekster heeft op 30 november 2021 een aanvullende reactie aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 2 december 2021 aan de ziektekostenkostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Op 11 januari 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021045996) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 januari 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.5. Verzoekster heeft op 18 januari 2022 per e-mail aanvullende informatie aan de commissie gestuurd en op 19 januari 2022 per brief op het voorlopig advies van het Zorginstituut gereageerd. Afschriften van deze stukken zijn op 19 januari 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.6. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 januari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die op 2 februari 2022 aan partijen zijn gestuurd, met de mogelijkheid hierop te reageren. Van deze mogelijkheid is door partijen geen gebruik gemaakt.
- 2.7. Bij e-mailbericht van 14 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een minnelijke regeling voorgesteld. Bij e-mailbericht van 15 februari 2022 heeft verzoekster meegedeeld dat zij niet op dit voorstel wenst in te gaan.

2.8. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. In zijn brief van 15 februari 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft een kinderwens en heeft in dit verband zes maal een intra-uteriene inseminatie (IUI) en een IVF-behandeling ondergaan in Nederland, echter zonder het gewenste resultaat. De behandelend gynaecoloog in het Spaarne Ziekenhuis heeft op 6 maart 2020 verklaard dat hij verder niets meer voor verzoekster kan betekenen.
- 3.3. Verzoekster heeft zich vervolgens gewend tot een gynaecoloog van het Instituto Bernabeu in Spanje. Op 28 september 2020 heeft een eerste consult plaatsgevonden via een videoverbinding, waarbij de mogelijkheid is besproken aldaar een IVF-behandeling te ondergaan. Hierop volgend hebben de onderzoeken, die aan deze behandeling vooraf dienden te gaan, plaatsgevonden in het Spaarne Ziekenhuis. Hierna heeft verzoekster de IVF-behandeling ondergaan in het Instituto Bernabeu. De kosten die hiermee samenhangen heeft zij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 februari 2021 per brief aan verzoekster meegedeeld dat voornoemde kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de zorgverzekering.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 11 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Nadien is door de Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddelt tussen partijen. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar op 13 april 2021, 28 april 2021 en 27 mei 2021 per e-mail verklaard dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 3.7. Bij brief van 2 oktober 2020 heeft behandelend gynaecoloog in Nederland over verzoekster en haar partner verklaard:
 "(...) Op verzoek stuur ik u deze informatie tvb second opinion.
 (...) OVG: Juli 2013 niet Intacte zwangerschap waarvoor curettage, Asherman met adhesiolyse in Peru > daarna 2 jaar later IUD verwijderd en na verwijderen IUD direct zwanger: 9-11-2016 AD 40 wkn, PDA, bijstimulatie bij 4 cm, VE ivm NVU, zoon 4000 gr, MPV en veel VBV waarvoor PCs, daarna goed herstel.
 Allergieën: hooikoorts
 Medicatie: foliumzuur, loratidine, salbutamol ZN
 Intoxicaties: rookt niet, alcohol geen, drugs geen

 A/ kinderwens sinds Juli 2017
 cyclus: na partus regulair, 24-28 dagen met 4 dagen bloedverlies, 1e dag veel daarna 2-3 dgn wat minder
 ov testen pos
 geen intermenstrueel bloedverlies, geen contactbloedingen
 laatste cytologie uitslag, PAP 1, dd 2017
 coïtus frequentie 2-4/ maand, ovulatiegericht ja

 LO/ BMI 25
 (...)

Partner:

[naam en geboortedatum]

AVG: chlamydia, schouder fractuur rechts waarvoor OK

Kinderen uit eerdere relatie: nee

Medicatie: geen

Intoxicaties: rookt niet, alcohol geen EH/week, drugs geen

Uitslagen:

Mw:

CAT IgG: NV

was CD 3: normale schildklierfunctie, E2 1252; FSH 5, LH 3

posCAT

kweek: gb

DHS: geen aanw asherman

Dhr: SA: VCM 100 (3ml, 68 miljoen/ml, 49%)

IUI vs IVF (mogelijk slechte stimulatie, obv ovariele reserve) besproken kiezen voor IUI stlm.

Niet zwanger na 6 maal IUI

IVF 1: lang 225 FSH cancel gezien geen groei

IVF 1b: kort 225 1 follikel

Conclusie:

Vrouw: secundaire subfertiliteit sinds juli 2017, nu geen aanwijzingen voor Asherman, wel vroege follikel rijping, CAVEIOF, niet zwanger na IUI en IVF geen toegevoegde waarde

Man: secundaire subfertiliteit sinds juli 2017. (...)"

- 3.8. Op 27 oktober 2020 heeft de huisarts een verwijzing naar het Instituto Bernabeu afgegeven en hierbij vermeld dat de reden voor verwijzing 'kinderwens' is.
- 3.9. Bij brief van 26 januari 2021 heeft de behandelend gynaecoloog van het Instituto Bernabeu over verzoekster verklaard:
"(...) Our common patiënt has followed two IVF stimulations:
- In November 2020 (28.11.2020), after the first stimulation with 300IU Gonadotropin and Orgalutran, the trigger was Decapeptyl 0,2mg, 2 mature eggs were obtained and vitrified
- In December 2020 (17.12.2020), after the second stimulation with 300IU Gonadotropin and oral progesterone tablets, dual trigger with Decapeptyl 0,2mg and Ovitrelle 250mg, 1 mature egg was obtained and vitrified.

Due to the low number of retrieved eggs, we will program a third stimulation in which we will thaw all the eggs and we will fertilize the frozen eggs with the ICSI method and the fresh eggs with the conventional IVF method. We expect to start with the next stimulation in January or February this year. (...)"
- 3.10. In het advies van 11 januari 2022 heeft het Zorginstituut verklaard:
(...) Verzoekster heeft in Nederland 6x IUI (intra-uteriene inseminatie) en een keer een IVF-poging ondergaan wat niet heeft geleid tot een zwangerschap. Volgens de behandelend gynaecoloog heeft het opnieuw starten van een IVF-procedure geen toegevoegde waarde in verband met de matige ovariele reserve. Verzoekster heeft zich vervolgens gewend tot een kliniek in Spanje alwaar zij twee maal zonder succes een IVF-procedure heeft ondergaan.

Uit het dossier blijkt dat er geen second opinion in een Nederlandse kliniek is gevraagd en er direct is over gegaan op een behandeling in het buitenland zonder verwijzing en zonder vooraf toestemming van verweerder. Daarnaast is er volgens de behandelend gynaecoloog ook geen indicatie voor nieuwe IVF-pogingen. Volgens de behandelend gynaecoloog betreft verdere behandeling in de vorm van het gebruikte protocol in deze casus geen doelmatige zorg. Het Zorginstituut kan niet beoordelen of andere IVF-protocollen wel geïndiceerd zouden kunnen zijn.

Het andere protocol zoals gebruikt in Spanje heeft overigens niet geleid tot een zwangerschap. (...) Het is niet aan het Zorginstituut om de inhoudelijke keuze van de behandelend gynaecoloog te beoordelen. Dat valt buiten ons adviesbevoegdheid.

Conclusie

Een verwijzing naar een andere arts en de toestemming van verweerder ontbreekt. Verweerder heeft het verzoek terecht afgewezen. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten, die samenhangen met de IVF-behandeling in het Instituto Bernabeu te Spanje, te vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit punt 78 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geneeskundige zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Tevens is hierin de relevante bepaling uit de Verordening (EG) 883/2004 vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

6.2. Verzoekster heeft verklaard dat door de gynaecoloog in Nederland is vastgesteld dat bij haar sprake is van een matige ovariële reserve en dat dit een succesvolle IVF-behandeling bemoeilijkt. Om die reden is verzoekster op zoek gegaan naar klinieken die gespecialiseerd zijn in deze problematiek. Het Instituto Bernabeu in Spanje is zo'n kliniek. Voorafgaand aan het besluit de IVF-behandeling aldaar te ondergaan, heeft contact plaatsgevonden via een videoverbinding. Bij die gelegenheid is aan verzoekster uitgelegd dat er verschillende mogelijkheden binnen IVF bestaan en dat nader medisch onderzoek moest worden uitgevoerd om na te gaan welke IVF-behandeling in het geval van verzoekster het meest passend is. De voor de behandeling noodzakelijke onderzoeken heeft verzoekster laten uitvoeren in Nederland. Op basis van de onderzoeksresultaten heeft de gynaecoloog van het Instituto Bernabeu vastgesteld dat verzoekster het best gebaat zou zijn bij een IVF-behandeling volgens een zogenoemd kort protocol, in plaats van het lange protocol dat eerder in Nederland was toegepast. Het verschil is dat het gaat om een andere dosering en andere medicatie waarmee de stimulatie wordt opgewekt. In tegenstelling tot de IVF-behandeling in Nederland, waar verzoekster slechts één follikel kreeg, heeft de IVF-behandeling volgens het protocol van het Instituto Bernabeu ertoe geleid dat er vier follikels groeiden. Hiervan zijn de twee die als eerste tot eicellen zijn volgroeid gebruikt bij de punctie. De hierop volgende fases van het behandeltraject zijn succesvol doorlopen. Spijtig genoeg was de innesteling van de embryo's echter niet succesvol. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de IVF-behandeling die verzoekster in het Instituto Bernabeu heeft ondergaan niet doelmatig is, omdat de behandelend gynaecoloog in Nederland heeft vastgesteld dat deze behandeling geen toegevoegde waarde heeft. Verzoekster betwist dit en heeft in dit verband aangevoerd dat de behandelend gynaecoloog in Nederland slechts heeft verklaard dat een IVF-behandeling volgens het hier te lande gebruikelijke protocol niet van toegevoegde waarde is.

De behandelend gynaecoloog heeft aldus echter niet uitgesproken dat de IVF-behandeling die verzoekster bij het Instituto Bernabeu heeft ondergaan niet van toegevoegde waarde was, laat staan dat verzoekster niet zwanger kon worden. Daarbij benadrukt verzoekster dat haar duidelijk is geworden dat IVF-behandelingen op verschillende manieren kunnen worden vormgegeven en uitgevoerd, en dat hiervoor niet één vast protocol geldt.

Verzoekster heeft er verder op gewezen dat de ziektekostenverzekeraar bij herhaling heeft gesteld dat het oordeel van de gynaecoloog in Nederland van belang is. Deze kan echter niets zeggen over de behandeling zoals die in Spanje is uitgevoerd. Voor zover de ziektekostenverzekeraar vragen had over die behandeling, of twijfels had over de doelmatigheid van deze zorg, had het op zijn weg gelegen contact op te nemen met de behandelend gynaecoloog van het Instituto Bernabeu. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte nagelaten. Volgens verzoekster is dan ook geenszins komen vast te staan dat sprake was van ondoelmatige zorg, zodat de ziektekostenverzekeraar alsnog is gehouden de kosten van de behandeling in Spanje te vergoeden.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor zorg die niet doelmatig is. In het geval van verzoekster is gebleken dat bij haar en haar partner sprake is van secundaire infertiliteit. Verder heeft verzoekster in Nederland reeds zes maal een IUI ondergaan en een IVF-behandeling. De behandelend gynaecoloog in Nederland heeft, gelet op het voorgaande, vastgesteld dat volgende IVF-behandelingen geen toegevoegde waarde hebben. Desalniettemin heeft verzoekster zich gewend tot het Instituto Bernabeu voor een second opinion en heeft zij hier vervolgens een IVF-behandeling ondergaan, echter zonder het gewenste resultaat. Volgens de ziektekostenverzekeraar is in dit geval sprake van niet-doelmatige zorg. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoekster voorafgaand aan de behandeling bij het Instituto Bernabeu geen verwijzing had van de huisarts of de medisch specialist. Deze verwijzing is pas achteraf opgesteld en voldoet daarmee niet aan de verzekeringsvoorwaarden. Voorts is verzoekster naar het Instituto Bernabeu gegaan voor een second opinion. Zij heeft echter nagelaten de uitkomst van de second opinion te bespreken met de behandelend gynaecoloog in Nederland, hetgeen wél een vereiste is op grond van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Ook dit staat aan vergoeding van de in Spanje genoten zorg in de weg.

Overwegingen commissie

Verordening (EG) 883/2004

- 6.4. Op grond van artikel 20 van Verordening (EG) 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Spanje - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar is gehouden deze toestemming te 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. De verordening blijft in beginsel buiten beschouwing als de verzekerde geen toestemming vraagt. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05). In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Europese Hof van Justitie echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan van een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt gevraagd. De commissie overweegt dat in het onderhavige geval gesteld noch gebleken is dat verzoekster voorafgaand aan de behandeling in Spanje toestemming heeft gevraagd of verkregen van de ziektekostenverzekeraar. Evenmin is gebleken van bijzondere omstandigheden die rechtvaardigen dat deze toestemming niet is gevraagd. Dit betekent dat de verordening verder buiten beschouwing blijft.

Zorgverzekering

- 6.5. Op pagina 54 e.v. van de verzekeringsvoorwaarden is vermeld wanneer en onder welke voorwaarden een IVF-behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Eén van de voorwaarden is dat een verzekerde, voordat deze voor een zodanige behandeling naar een medisch specialist gaat, een verwijzing moet hebben van een huisarts of een (andere) medisch specialist. In het geval van verzoekster geldt dat op 28 september 2020 een gesprek heeft plaatsgevonden met een medisch specialist in Spanje. Volgens verzoekster was slechts sprake van een kennismakingsgesprek en kon dit als zodanig niet worden aangemerkt als de start van de behandeling. Dit kan de commissie niet overtuigen. De kosten van het betreffende gesprek zijn namelijk - blijkens de overgelegde factuur - bij verzoekster in rekening gebracht als een 'Consulta medica', ofwel een medisch consult. Voorts is van het consult een verslag gemaakt, waarin staat vermeld dat de medische situatie van verzoekster in detail is besproken en dat een behandeling is voorgesteld. Volgend op het consult heeft verzoekster de behandeling ook daadwerkelijk ondergaan. Verzoekster beschikte ten tijde van het consult niet over een verwijzing. Uit het dossier blijkt namelijk dat deze verwijzing pas op 27 oktober 2020, en derhalve na de eerder genoemde datum van 28 september 2020, is opgesteld door de huisarts. Dit betekent dat verzoekster niet heeft voldaan aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor vergoeding van een IVF-behandeling.
- 6.6. Ook aan de voorwaarden voor - gedeeltelijke - vergoeding in het kader van een second opinion is niet voldaan, nu verzoekster niet met de resultaten van het gesprek met de Spaanse arts voor verdere behandeling is teruggegaan naar haar behandelend medisch specialist in Nederland. Dit laatste was ook niet haar intentie, zoals blijkt uit de toelichting die zij gaf. Verzoekster maakte de keuze voor behandeling in deze instelling op basis van specifieke deskundigheid met betrekking tot haar problematiek en zij was derhalve van meet af aan niet voornemens in Spanje enkel een tweede mening in te winnen.
- 6.7. Gelet op het voorgaande kan in het midden blijven of verzoekster een indicatie had voor de IVF-behandeling in Spanje en of de zorg die zij daar heeft ondergaan al dan niet doelmatig was. Dit kan namelijk niet leiden tot een ander oordeel. Er moet immers worden voldaan aan de voorwaarden, hetgeen in de situatie van verzoekster noch ten aanzien van de IVF-behandeling noch met betrekking tot een second opinion het geval is. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag van verzoekster terecht heeft afgewezen.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 februari 2022,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

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. (...)*”

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, 2.8 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 zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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 combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. 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;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig

- jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte-spleten, 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.

Lang bewaren van eigen geslachtscellen moet u zelf betalen

Er kan een medische reden zijn om uw sperma- of eicellen te laten bewaren. Bijvoorbeeld omdat u chemotherapie moet krijgen. De basisverzekering vergoedt dan het invriezen en bewaren van uw geslachtscellen. De richtlijn voor de bewaartermijn is 2 jaar.

Donorsperma betaalt u zelf

Is donorsperma nodig voor ki of iui? Dat betaalt u zelf. De kosten verschillen per ziekenhuis. Het reserveren van sperma van een bepaalde donor moet u ook zelf betalen.

In-vitrofertilisatie (ivf)

Reageerbuisbevruchting.

Wat u vergoed krijgt

Als zwanger worden lange tijd niet lukt, kan de huisarts u uiteindelijk doorverwijzen naar de medisch specialist. Die bespreekt met u of u bijvoorbeeld in-vitrofertilisatie (ivf) of een andere vruchtbaarheidsbehandeling nodig heeft. Bij ivf vindt de bevruchting buiten het lichaam plaats. Als bij ivf een zaadcel in de eicel wordt geïnjecteerd, spreken we van een icsi-behandeling. Wij vergoeden ivf en icsi¹, als u een medische indicatie heeft voor deze zorg.

Voor elke keer dat u zwanger wilt worden, vergoedt de **basisverzekering** de 1e, 2e en 3e poging ivf of icsi. De **aanvullende verzekeringen** Topfit en Superfit vergoeden de 4e en volgende pogingen ivf of icsi.

Een ivf- of icsi-poging bestaat uit 4 fases:

- fase 1: de hormonale behandeling voor rijping van uw eicellen
- fase 2: het weghalen van uw rijpe eicellen (follikelpunctie)
- fase 3: de laboratoriumfase, waarin uw eicellen worden bevrucht met zaadcellen en uitgroeien tot een embryo
- fase 4: het bij u terugplaatsen van 1 of 2 embryo's, 1 keer of vaker

Als fase 2 succesvol is, telt de behandeling mee als poging.

Als er dan geen doorgaande zwangerschap tot stand komt, dan is de poging mislukt. Besluit u tot een nieuwe behandeling en start u dan weer met fase 1 of 2, dan telt dit als een nieuwe poging. Zijn er ingevroren embryo's over uit een eerdere fase van de poging? Dan valt de terugplaatsing daarvan onder dezelfde poging, zolang er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap. U moet die embryo's wel gebruiken. Als u een nieuwe poging start terwijl er nog ingevroren embryo's over zijn, dan vergoedt de basisverzekering die nieuwe poging niet.

Als er wél een doorgaande zwangerschap tot stand komt, dan begint het tellen van de pogingen opnieuw. Dan geldt een volgende behandeling als een nieuwe 1e poging.

We spreken van een doorgaande zwangerschap als het embryo leeft:

- 12 weken na de laatste menstruatie bij een spontane zwangerschap
- 10 weken na het moment van de follikelpunctie
- 9 weken en 3 dagen bij implantatie van een ingevroren embryo

Er gelden leeftijdsgrenzen voor deze vergoeding. U moet bij de start van een poging jonger zijn dan 43 jaar. Een nieuwe poging na uw 43e verjaardag wordt dus niet meer vergoed. En als u bij de start van de 1e of 2e poging jonger bent dan 38 jaar, dan vergoedt de basisverzekering alleen als er niet meer dan 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst.

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum² (vruchtbaarheidskliniek)

Wilt u voor de behandeling naar het buitenland? Dan wordt de zorg mogelijk niet volledig vergoed. Om vooraf zekerheid te krijgen over de vergoeding, adviseren wij u om altijd vooraf toestemming³ te vragen. Bij Wereldfit en Superfit moet u vooraf contact opnemen met de ZorgConsulent.

¹ Intracytoplasmatische sperma-injectie

² Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

³ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Dit wordt niet vergoed

- technieken waarvan de effectiviteit niet wetenschappelijk is bewezen, zoals assisted hatching of in vitro maturatie
- kosten van sperma- of eiceldonatie. Dit geldt voor de kosten van de spermacellen of eicellen. En voor de kosten van eventuele medische behandeling van de donor om de spermacellen of eicellen te verkrijgen
- opslag (bewaren) van eigen ingevroren embryo's om deze in een volgende ivf poging terug te plaatsen

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Tot 43 jaar, 3 pogingen Na doorgaande zwangerschap opnieuw max. 3 pogingen
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Tot 43 jaar, extra pogingen
Superfit	Tot 43 jaar, extra pogingen

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

De 1e, 2e en 3e poging ivf vallen onder de basisverzekering. Daarvoor geldt het eigen risico. De 4e en volgende pogingen vallen onder de aanvullende verzekering. Daarvoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of een andere medisch specialist.

Voor een 4e of volgende poging moet u ons vooraf toestemming vragen

Topfit en Superfit vergoeden een 4e of volgende poging alleen als wij vooraf toestemming¹ hebben gegeven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

We kijken naar de Hunault score

De leeftijd van de vrouw en de kwaliteit van het sperma zijn belangrijk voor de kans op zwangerschap. De Hunault score geeft een indicatie van die kans. Wijst de score op een goede kans om via de natuurlijke weg zwanger te worden? Dan vergoedt de basisverzekering ivf alleen als zwanger worden lange tijd niet lukt.

Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis

U haalt ze dus niet zelf bij uw eigen apotheek en betaalt ze niet apart.

Lang bewaren van eigen geslachtscellen moet u zelf betalen

Er kan een medische reden zijn om uw sperma- of eicellen te laten bewaren. Bijvoorbeeld omdat u chemotherapie moet krijgen. De basisverzekering vergoedt dan het invriezen en bewaren van uw geslachtscellen. De richtlijn voor de bewaartermijn is 2 jaar.

Erfelijkheidsonderzoek

Heb ik kans op een erfelijke ziekte? Kan ik het doorgeven?

Wat u vergoed krijgt

Erfelijkheidsonderzoek kan antwoord geven op de vraag of u (kans op) een erfelijke ziekte of aandoening heeft, en of u die kunt doorgeven.

Het onderzoek kan bestaan uit medisch onderzoek, laboratoriumonderzoek of stamboomonderzoek. Advies over erfelijke ziekte en psychosociale begeleiding rond erfelijkheid horen daar ook bij.

Als het nodig is voor het advies aan u, vergoeden wij ook de kosten van onderzoeken bij andere personen dan uzelf. Advisering kan dan ook aan hen plaatsvinden.

De basisverzekering vergoedt erfelijkheidsonderzoek en -advies.

Hier kunt u terecht

- klinisch-genetisch centrum. Dit wordt ook wel centrum voor erfelijkheidsonderzoek genoemd

Dit wordt niet vergoed

- onderzoek om ouderschap vast te stellen

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Erfelijkheidsonderzoek en -advies
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.